

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO
GERIÁTRICAS ASOCIADOS CON DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR, POR EL LAPSO DE CINCO MESES ENTRE
EL 2014 Y 2015.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO GENERAL**

AUTORA: MARÍA GABRIELA YÉPEZ GRANIZO

DRA. SUSANA TITO LUCERO

DIRECTORA

DR. MARCO ANTONIO PINO

DIRECTOR METODOLÓGICO

QUITO 2016

**CARACTERÍSTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO
GERIÁTRICAS ASOCIADOS CON DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR, POR EL LAPSO DE CINCO MESES ENTRE
EL 2014 Y 2015.**

DEDICATORIA

A mi hijo, Jorge Nicolás por ser la luz que cada día ilumina mi vida y me impulsa a ser mejor, por ser otro angelito en mi vida que además de alegría, me enseñó lo que es el amor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por haberme dado la vida y la oportunidad de aprender de cada uno de los obstáculos del camino hasta hoy recorrido, por haberme dado la fortaleza, y el acompañamiento de todas y cada una de las personas, amigos cercanos (René, Edison, Fernanda) y demás conocidos, que llegaron a hacer mi otra familia, que me permitieron llegar hasta este punto en mi vida personal y profesional, porque han sido todas y cada una de ellas como ángeles del cielo prestas a auxiliarme en cada instante y darme sabios consejos frente a cada circunstancia atravesada.

A mi familia, todos y cada uno importantes, mi mamá Catalina, mi abuelita Anita, mi papá Carlos, mis hermanos David y Karlita, mis tíos Janeth y Fernando, mi pareja Xavier por ser el apoyo incondicional en cada paso de mi carrera, por haber estado conmigo todo el tiempo, y por haberme forjado la persona que soy hoy.

A mis maestros, sabios en todo momento que me enseñaron que cada vida es importante y que el mejor instrumento para el médico era la silla y el oído, porque gracias a ellos descubrí que mi vocación era ser médico, para poderme brindar de una manera diferente al prójimo, aprender de cada persona al escucharlos y buscar siempre procurar su bienestar cada momento. En especial a la Dra. Susana Tito que fue más allá de ser mi Tutora de Tesis y se convirtió en una amiga, gracias doctora por darme la mano y ayudarme a retomar mis sueños, al Dr. Marco Antonio Pino, la Dra. Patricia Ortiz por haberme dado la oportunidad de crecer como persona y aprender que cada reto nos hace más fuertes, y que solo depende de nuestra decisión salir adelante pese a cada adversidad de que se nos presente en la vida.

Al personal del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en mayor grado al Departamento de Docencia, al Departamento de Estadística y a los miembros del servicio de Consulta Externa, por abrirme las puertas y sus manos amigas para realizar esta investigación.

A todos los abuelitos y abuelitas del HAIAM participantes en el estudio y a sus familias que me dieron su tiempo y me abrieron su corazón para cumplir mi sueño.

ÍNDICE

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	----------

CAPÍTULO II:

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	5
-------------------------------------	----------

CONCEPTOS BÁSICOS	6
--------------------------------	----------

PERSPECTIVA POBLACIONAL Y ESTADÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR	7
--	----------

DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO DE LOS ADULTOS MAYORES	8
--	----------

<i>Causas de depresión</i>	<i>14</i>
----------------------------------	-----------

<i>Manejo integral</i>	<i>17</i>
------------------------------	-----------

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA	24
--------------------------	-----------

Relación de variables.....	25
----------------------------	----

Muestra:	25
----------------	----

<i>Criterios de inclusión:</i>	<i>26</i>
--------------------------------------	-----------

<i>Criterios de exclusión:</i>	<i>26</i>
--------------------------------------	-----------

Tipo de estudio:	26
------------------------	----

Procedimiento de recolección y análisis de información:	26
---	----

Plan de análisis de datos	27
---------------------------------	----

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....	28
------------------------	-----------

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	50
------------------------	-----------

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	83
ANEXO N.- 1: ECUADOR: PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR AÑOS EN EDADES SIMPLES PERÍODO 2010 - 2020	84
ANEXO N.- 2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN DSM IV TR y DSM-V	85
ANEXO N. 3 METABOLISMO ENZIMA CITOCROMO P450, LISTADOS STOPP / STAR 2014 Y PRIUS 2010	87
ANEXO N.-4 CONSENTIMIENTO INFORMADO	91
ANEXO N.-5 INSTRUMENTO 1 DE RECOLECCIÓN DE DATOS	92
ANEXO N.- 6 INSTRUMENTO 2 DE RECOLECCIÓN DE DATOS	93
ANEXO N.- 7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ADICIONAL CEDIDO POR EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	114
ANEXO N.- 8 DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES TEST UTILIZADOS	116

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ocupacion actual registrada	31
Tabla 2. Resumen del análisis descriptivo	41
Tabla 3. Analisis bivariado – variables socio económicas	42
Tabla 4. Analisis bivariado – variables psico sociales	43
Tabla 5. Analisis bivariado – variables clínico geriátricas (1/3)	44
Tabla 6. Analisis bivariado – variables clínico geriátricas (2/3)	45
Tabla 7. Analisis bivariado – variables clínico geriátricas (3/3)	46
Tabla 8. Test de Hosmer and Lemeshow	48
Tabla 9. Variables en la ecuación	48
Tabla 10. Fórmula Predictiva para Depresión Leve en el Adulto Mayor	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. GRUPOS DE EDAD	29
Gráfico 2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN	30
Gráfico 3. REGISTRO DE AFILIACIÓN (%)	32
Gráfico 4. CON QUIEN VIVEN LOS ADULTOS MAYORES	32
Gráfico 5. APGAR FAMILIAR	33
Gráfico 6. RIESGO SOCIAL (ESCALA GUIJÓN)	34
Gráfico 7. FRECUENCIA DE VISITAS MENSUALES RECIBIDAS (d/mes)	34
Gráfico 8. DINERO EN CASA	35
Gráfico 9. PERCEPCIÓN DEL DINERO EN CASA	35
Gráfico 10. % DÉFICIT NEUROSENSORIAL MIXTO	35
Gráfico 11. PERCEPCIÓN DE SALUD	36
Gráfico 12. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	37
Gráfico 13. DETERIORO COGNITIVO	38
Gráfico 14. ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL I.M.C. *	38
Gráfico 15. RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN U.G.T.*	39
Gráfico 16. TEST DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS)	40
Gráfico 17. TEST DE LAWTON/BROADY	40

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue el determinar el grado de asociación entre las características socio- demográficas y clínico geriátricas en relación a la presencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y el 2015. Se trata de un estudio descriptivo - transversal, de carácter cuantitativo. La información sobre estas variables se obtuvo mediante la aplicación de test validados para analizar la presencia de depresión, la aplicación de una entrevista directa y la revisión de historias clínicas. Encontrándose un grupo poblacional similar en características, al realizar en análisis bivariado se encontró una relación estadísticamente significativa y una asociación real entre depresión y Ocupación Actual: $p= 0,03$ (OR 2,593 (IC 95% 1,114-5,032)); Percepción del dinero en casa: $p= 0,04$ (OR 2,761(1,023-7,454)) Dependencia de Barthel: $p= 0,02$ (OR 1,865 (1,080-3,221)) y Dependencia de Lawton/Brody: $p= 0,01$ (OR 1,969(1,138-3,407), Pertenencia a un Club: $p= 0,011$ con un OR de 0,137(0,027-0,697) y en no registrar una Baja de peso en los últimos 6 meses: $p = 0$, con un OR de 0,454 (0,209-0,986)

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the degree of association between socio-demographic and clinical geriatric characteristics in relation to the presence of depression in older adults presenting to Outpatient Hospital Comprehensive Care of the Elderly, by the five-month period between 2014 and 2015. This is a descriptive - transversal, quantitative study on these, the variables that was obtained by applying validated to analyze the presence of depression test, applying a direct interview and review of medical records. It was found a population group similar in characteristics to perform in bivariate analysis, a statistically significant relationship and a real association between depression and found Current Occupation: $p = 0.03$ (OR 2.593 (95% CI 1.114 to 5.032)); Perception of money at home: $p = 0.04$ (OR 2.761 (1.023 to 7.454)) Barthel Unit: $p = 0.02$ (OR 1.865 (1.080 to 3.221)) and Unit Lawton / Brody: $p = 0.01$ (OR 1.969 (1.138 to 3.407)), club membership: $p = 0.011$ with an OR of 0.137 (0.027 to 0.697) and no weight record low in the last 6 months: $p = 0$, with an OR of 0.454 (0.209 to 0.986)

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema multifactorial, sin embargo, los estudios realizados en el país en adultos mayores, se hace referencia a factores individuales y no a la relación o a la asociación de otras variables que influyen en este problema de salud, por ejemplo, dependencia y depresión, funcionalidad familiar y depresión, sin llegar establecer las relaciones que se dan entre factores de distinto orden, por ejemplo tenemos a investigaciones realizadas en la Facultad de Medicina de la PUCE, en los cuales se valora nivel de Funcionalidad con depresión en pacientes hospitalizados (Cortez 2007), otros por ejemplo en los que se mide estado nutricional y depresión (Andrade, 2011 ESPOCH), otros en los que tan solo se valora la presencia de depresión en pacientes institucionalizados (Larrea, 2011), sin embargo salvo por las encuestas SABE 2011 y los datos brindados de morbilidad del INEC no hay análisis más profundos acerca del perfil del adulto mayor deprimido; el alcance de estos, por tanto, es limitado y no aporta una visión integral del problema y de las vinculaciones existentes entre los diversos factores asociados, se ha descrito muy poco al analizar en conjunto el grado de asociación de la depresión con factores clínicos geriátricos (comorbilidad, antecedentes de depresión, deterioro cognoscitivo, funcionalidad y dependencia), factores psico sociales (sedentarismo, actividad física, desempeño físico, funcionalidad familiar y social, redes de apoyo internas y externas al entorno familiar), factores sociodemográficos (dependientes de edad, género, estado civil, estabilidad y estatus económico, discapacidad co-existente); en las investigaciones anteriores el análisis que se da solo contempla un tipo de factores, por lo que se plantea, en la presente investigación la finalidad de que a través de un modelo estadístico de observación univariar y multivariar mediante análisis de regresión logística binominal podamos ver más de cerca la realidad de la población a estudiar, ya que esta situación ha generado problemas de subdiagnóstico y, por lo tanto, y valorar su impacto global e individual, proporcionando elementos suficientes para la realización de diagnósticos oportunos y adecuados, que contemplen los diversos tipos de factores asociados a depresión en adultos mayores. Lo que permitirá la adopción de tratamientos oportunos y adecuados, es decir, se podrán definir tratamientos de carácter integral, que aborden los distintos factores relacionados, y proponer opciones terapéuticas que vayan más allá de solo la psicoterapia y la psicofarmacología, incluyendo intervenciones en las relaciones con factores psicosociales y sociodemográficos de manera conjunta.

Cabe señalar, de otro lado, que se desconoce el comportamiento de la depresión en adultos mayores no Institucionalizados que acuden al servicio de Consulta Externa en el Hospital del Adulto Mayor, muchos de los pacientes que acuden a este servicio presentan signos de depresión menor y, en algunos casos, de depresión mayor que pudieron y pueden ser confundidos, por el alto grado de somatización y deterioro cognitivo no relacionado con demencia, con otros trastornos de salud como dolor abdominal recurrente, cefaleas, etc. Siendo así, los problemas depresivos muchas veces no tomados en cuenta.

Se pretende así, brindar información sobre la importancia de aplicar tests que nos ayuden como screening para identificarlos y permitir estructurar instrumentos para la detección e intervención oportuna, evitando un sub diagnóstico, recordando que las manifestaciones de la depresión en los adultos mayores son diferentes que los adultos en edad media por sus cambios adaptativos afectivos y cognoscitivos. (Fernández, 2009, Salvarezza 1996, Yuste, Rubio y Rico 2004, Douglas 2010)

Además el caracterizar la depresión en adultos mayores nos ayudará a identificar a los pacientes en riesgo bio psico social y con características del Síndrome de Fragilidad, con signos de padecer problemas de salud mental e, incluso, demencia, o de cometer suicidio o mayor propensión a ser institucionalizados por dependencia física, y fallas en su funcionalidad en actividades de la vida diaria. Además nos ayudara a identificar a aquellos pacientes cuyas redes de apoyo social y familiar sean pobres, situaciones de riesgo que también afectan el desenvolvimiento normal del adulto mayor como un ser independiente pero a la vez social.

Esta investigación tuvo como Objetivo General relacionar las Características socio-demográficas y clínico geriátricas con la presencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Y como específicos el Evaluar la presencia y el nivel de depresión en adultos mayores en el Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor durante

el periodo de estudio. Identificar los factores psicosociales de los adultos mayores asociados con depresión entre quienes acuden a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Identificar los factores sociodemográficos de los adultos mayores asociados con depresión entre quienes acuden a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Identificar los factores clínicos geriátricos de los adultos mayores asociados con depresión entre quienes acuden a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

La hipótesis a valorarse es que la depresión en adultos mayores usuarios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor se asocia con sexo masculino, edad mayor de 85 años y presencia de discapacidad moderada.

CAPÍTULO II:

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

CONCEPTOS BÁSICOS

La palabra “envejecimiento” se refiere al proceso biológico de cambios que experimenta una persona al pasar de los años (Andrade, 2000). Según Morales, “la percepción de la vejez tienen que ver no sólo con la evolución cronológica sino también con fenómenos de naturaleza bio-síquica y social (Morales, 2008). El proceso de envejecimiento debería considerarse de manera global, sabiendo que no solo afecta a la persona en sí, sino también a las familias, a los hogares y a los grupos poblacionales en su conjunto. (Viveros, 2008)

El adulto mayor es el individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, etapa antes considerada como la tercera edad o vejez; se identifica como el lapso de tiempo comprendido entre adultez y la muerte de una persona. Internacionalmente se define al adulto mayor como la persona que tienen más de 60 años de edad, en el Ecuador se califica como adultos mayores a aquellas personas que superan los 65 años de edad (Ley del Anciano, Ecuador, 1999)

A partir de 1982, la Organización Mundial de la salud introduce el concepto de funcionalidad dentro del concepto de persona adulta mayor. De este modo se define el estado de salud de las personas adultas mayores, no en términos de déficit, sino de sostenimiento de la capacidad funcional, recalcando que la salud afecta al envejecimiento personal, en el sentido de que una buena salud mental y física tiende a estar asociada con experiencias menos negativas del envejecimiento (Fernández, 2009, pp79).

Para mejorar la valoración de las personas adultas mayores, resulta útil catalogarlos en grupos por intervalos de edad, considerando las necesidades específicas de cada grupo. Para clasificarlos la OMS propone catalogarlos como de “edad avanzada” a aquellos comprendidos de los 60 a 74 años, como “viejos o ancianos” a los 75 a 90 años; y a los mayores de 90 años como “grandes viejos o grandes longevos” (Dionne, 2004; OMS 2005; Blazer 2005), en otras clasificaciones se toman en cuenta a este último grupo con una subdivisión adicional los nonagenarios entre 90 y 100 años, centenarios entre 100 y 110 años y supercentenarios quienes tendían más de 110 años, según la

Asociación Internacional de Psicogeriatría y el Gerontology Research Group (Grupo de trabajo: García Pulgarín et al 2005)

PERSPECTIVA POBLACIONAL Y ESTADÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

Las consideraciones más importantes para entender por qué este grupo demográfico ha crecido son el incremento exponencial de la expectativa de vida a nivel mundial, debido en gran parte a la disminución de la mortalidad infantil y a la mayor capacidad técnica de la medicina.

Según el INEC, en el 2010 la expectativa de vida en el Ecuador era de 75 años y representaba el 6,57% de la población del Ecuador (INEC, 2010) y según sus proyecciones la población adulta mayor en el 2015 se calculó en un 6,81% mientras que para el 2020 sería de 7,48%. (Anexo N.1); según el CEPAL se dice que actualmente la esperanza de vida es de 77.4 años; y se estima que para el 2050 sea de 80,5 años y que represente el 18% de la población, (CEPAL, 2014). Sin embargo en la bibliografía se habla también de los centenarios y supercentenarios que aparecen ya en las proyecciones poblacionales, siendo uno de los grupos con crecimiento rápido del cual se estima llegará a constituir un 18% de la población mundial en el 2040, calculándose incluso una esperanza de vida admitida de hasta 120 años en este grupo étnico. (Velázquez Argot, 2009; Rodríguez-Pardo del Castillo 2011)

El grupo poblacional de adultos mayores es importante y requiere atención dadas sus particularidades en los aspectos físico, biológico y fisiopatológico, como por las múltiples problemáticas situacionales a los que se enfrentan (Redín J.M. 1999). El proceso del envejecimiento, es un asunto complejo, deducido de la acumulación de cambios numerosos que se producen a nivel orgánico y funcional (Lacub Ricardo 2011; Ribera Casado, 1995)

En el Distrito Metropolitano de Quito existen 162. 249 personas pertenecen a la población de adultos mayores, lo que corresponde al 2,2% de la población total (INEC, 2010); de ellos, el 45% son hombres y el 55% mujeres (Morales 2008)

Envejecer no significa necesariamente debilitarse y ser dependiente (Fernández, 2009); aunque “los adultos mayores se perciban en condición de disminución y que han dejado de tener representación familiar y social en la comunidad” (Lasagni et al, 2012). La vejez puede también considerarse como “la etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización”. En algunos sujetos la adaptación a los cambios de la vejez no se produce y se generan daños que pueden ser irreversibles” (Capunay, Figueroa y Varela 1996.)

DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO DE LOS ADULTOS MAYORES

Es frecuente que los adultos mayores con patologías médicas crónicas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad, presenten cuadros depresivos (Dechent 2008; Alexopoulou et al 2002). Con frecuencia presentan enfermedades simultáneas en la que predomina la multi-causalidad. Las enfermedades en esta etapa alcanzan manifestaciones clínicas diferentes debido a su complejidad, latencia de larga data y a los deterioros definitivos que afectan la funcionalidad de las personas adultas mayores. Al cohabitar con trastornos psiquiátricos puede afectar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es significativamente despreciado y con frecuencia ignorado. Como lo menciona Chapman y Perry “los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico”. (Chapman DP., Perry GS. 2008, Villanueva Egan 2000)

Se ha observado que dentro de los problemas de relevancia en el adulto mayor, los que abarcan la salud mental, y dentro de estos la depresión, constituyen un porcentaje importante; según la OMS a nivel mundial la depresión, es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Es considerado actualmente la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. (OMS 2012), en Adultos Mayores.

Según Aguilar S. y Ávila con los “Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-IV-TR), la prevalencia de depresión es del 1 al 3%,

cuando se utilizan instrumentos de tamizaje desarrollados para los ancianos como la escala Yesavage, este porcentaje se muestra superior. En algunos estudios se calcula que la prevalencia de síntomas depresivos fluctúa entre el 10 y 27% de los adultos mayores en la comunidad. No se ha logrado discernir el causal de este último punto, como lo dice Aguilar y Ávila podría ser que se deba “a la cronicidad de la enfermedad o a una elevada incidencia verdadera en esta población. Aunque la frecuencia parece ser la misma entre los distintos grupos de edad, en relación con el género, las mujeres están más afectadas” (Aguilar S. y Ávila JA. 2006).

A nivel mundial se sabe que alrededor 15 a 20 % de las personas mayores de 65 años ambulatorias, presentaron al menos un episodio de depresión en algún momento de su vida. Esta cifra se incrementa de 25 a 40 % en la población hospitalizada y predomina en el sexo femenino. La incidencia de casos nuevos es de 13 % por año (Martínez-Mendoza et al 2007, OMS 2010).

En la literatura también se señala que los síntomas tienden a cronificarse con mayor frecuencia que en los jóvenes. La OMS destaca que en algunos estudios al menos el 25% de los adultos mayores refirieron sentimientos de tristeza y melancolía en las últimas dos semanas previas a ser entrevistados y que el 20% experimentó ideas persistentes de muerte en el mismo período. En los establecimientos geriátricos la incidencia de depresión en personas adultos mayores se acerca al 20%; si coexisten otras patologías como enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc. los porcentajes crecen significativamente.

La depresión del anciano puede llegar a ser recurrente en un 50%, y pueden existir sólo síntomas depresivos sin llegar a cumplir los criterios del DSM IV entre el 20 al 25%. (Orduna, Naval 2001, Douglas 2010, Blazer 2005). Estudios europeos que han utilizado la escala de depresión Euro-D, muestran que la depresión se encuentra establecida entre el 26.1% al 31.2%, , (Castro-Costa et al 2007; Prince 1999; Copeland 2004; Alvarado et al 2007, Guerra et al 2009) y en personas institucionalizadas llega hasta el 27%; de estos un 37,3% es depresión moderada a grave; el 20,7 % es depresión grave y el 4,9% con una sintomatología de depresión leve-moderada (González 2001, M.J. García Serrano y J. Tobías Ferrer 2001)

En la comunidad norteamericana la prevalencia de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3%; en tanto que en Latinoamérica las cifras son diferentes. En Chile la prevalencia de depresión alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos, la prevalencia de depresión se eleva hasta un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos. (Santander 2000)

En el estudio latinoamericano SABE, la prevalencia varía de 16.5% a 30.1% en mujeres mientras que en varones es menor (11.8% a 19.6%). Perú, México y Venezuela comparten una prevalencia similar a la de Europa. La tasa de depresión aumenta en pacientes hospitalizados y/o que viven en “residencias” (Becerra 2013)

En Ecuador, se presentan varios estudios en adultos mayores institucionalizados, así, el INEC, en el año 2011, manifiesta en su informe sobre morbilidad hospitalaria, que el diagnóstico de depresión constituye en hombres el 17,75% y en mujeres el 9,15% del total de egresos hospitalarios. En contraste, la población en general los trastornos de salud mental afectan al 10,36% de hombres y al 12,31% de mujeres.

En la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) 2009 – 2010, capítulo Ecuador, se menciona que la prevalencia de depresión entre los adultos mayores de 60 años muestra un valor global en la categoría de leve a moderada de 40,3% en mujeres y 30,3% en hombres; se evidenciaron episodios severos en un 4,3% en mujeres y en un 2,5% hombres. En personas mayores de 75 años la prevalencia de depresión es mayor en mujeres con un 41,4% y en varones 36,6% de un total de 39,1% en éste grupo etario. Uno de cada 8 adultos mayores han experimentado trastornos mentales de algún tipo y de quienes los padecen se ha observado que más de la mitad de los Adultos Mayores que viven en indigencia experimentan depresión (SABE 2009-2010).

La depresión en adultos mayores se considera un problema de salud pública, no solo por su gran magnitud, sino por el impacto que tiene. Debe tomarse en cuenta que la mayoría de ocasiones se encuentra infra diagnosticada o tratada de forma inadecuada e insuficiente, lo cual genera: deterioro funcional, aumento del riesgo de deterioro

cognitivo permanente (de pseudemencia depresiva a demencia), declive de la calidad de vida, acrecentamiento de la mortalidad y aumento de los costos en salud. (Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos, 2012; M. E. Portilla Franco, P. Gregorio Gil 2014, Riquelme 2008)

Aguilar-Navarro y Ávila-Funes cita que “en estudios con un seguimiento a cinco años, el riesgo relativo de muerte fue de 2.1 en los ancianos deprimidos”. (Aguilar-Navarro y Ávila-Funes 2007, pp146)

Al hablar de depresión como bien lo cita Álvarez, nos referimos a “una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotricidad de las personas, puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo”. (Álvarez 2010). En los adultos mayores tiene manifestaciones diferentes que la caracterizan y la distinguen de la presentada en otras edades. Puede manifestarse de varias maneras: como un descenso en lo físico y cognitivo, con síntomas de tristeza mantenida, aumento o disminución del apetito, del sueño, de energía, fatiga o astenia, pérdida de interés o agrado en relación con las actividades cotidianas, sensación de incapacidad o inutilidad para afrontar las actividades y retos del día a día, sentimientos de reproche hacia sí mismo, aislamiento, lentitud o agitación psicomotora con cambios o pérdida de la función/autosuficiencia, y por último, quejas somáticas varias con síntomas aislados o generalizados e hipocondría. (Riquelme 2008)

La depresión en resumen se acompaña de sentimientos profundos de futilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad. Lo cual muchas veces conlleva a subdiagnósticos.

Es importante valorar el impacto de las manifestaciones de la depresión, en el funcionamiento cotidiano de la persona. (Yuste y Rico 2004; Grupo de trabajo: Gregorio y Carrasco et al 2004, Sánchez, Castañeda 2008, Aguirre 2008, Fernández

2009, Darlene 2013, Román et al 2007). López Ibor, relaciona la depresión “con el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro”; menciona que en muchas ocasiones, “las alteraciones psíquicas, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, social y patológico” (López et al, 2005). A menudo la depresión es confundida a menudo con una reacción a la adversidad; sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predecir la respuesta al tratamiento (Becerra et al 2001)

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV-TR), se definió el “trastorno depresivo como una alteración del estado de ánimo caracterizado por uno o varios episodios depresivos mayores, en el cual la persona debe haber experimentado durante mínimo dos semanas, sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer en diversas actividades, además de cuatro o más síntomas como cambios en apetito, patrón de sueño y la actividad psicomotora, culpa, falta de energía, problemas de concentración y pensamientos reiterados de muerte y suicidio.” El DSM-V no introduce cambios importantes respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV- TR, para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual en las que refiere la presencia no de cinco sino de cuatro incluyendo el ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer, además el duelo no excluye el diagnóstico de depresión, el DSM-IV TR excluía dentro de la depresión a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de ser querido en los dos meses anteriores, el DSM-V omite esta exclusión, además refiere la cronicidad de la depresión, incluyendo el estado distímico previo (Anexo 2) Citan además, cuatro síndromes depresivos: depresión mayor, depresión menor, distimia y reacción depresiva. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada; por lo que hay que valorarlos de manera pacienzosa para poder diferenciarlos mejorando así su manejo. .

Rosa Matilla Mora en su artículo La Depresión en el Anciano, manifiesta que esta enfermedad “abarca muchas veces tres realidades distintas: a un síntoma anímico, a un síndrome (conjunto de síntomas covariantes), o a una categoría diagnóstica o

cuadro clínico (además de la presencia de un síndrome, exige la congruencia de otras condiciones etiológicas, clínicas y evolutivas)” (Matilla 2008). Lo anterior realza la importancia de la atención del adulto mayor de una manera eficaz e inmediata con acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades. (MIES 2009 – 2010)

Casanova et al, menciona que “Los adultos mayores que desarrollan este tipo de trastorno psiquiátrico, tienen determinadas características a ser tenidas en cuenta: antecedentes depresivos previos, enfermedad médica incapacitante, sobre todo aquellas que implican un cambio brusco respecto al nivel previo, enfermedad dolorosa, pérdida reciente de cónyuge, cambio de domicilio habitual e ingreso a residencias para ancianos” (Casanova, 2009, Blazer 2005)

Según varias guías los duelos y la tristeza mantenida por sí solos podrían sugerir patología depresiva, por lo cual se recomienda analizarlas; en ambos casos se aprecia la tendencia al pesimismo y a la desesperanza, de modo que en la mayoría de ocasiones se interponen en el diagnóstico diferencial entre sí.

Pese a la gravedad del problema, la depresión en adultos mayores no es diagnosticada, o si se diagnostica, no se medica en la mayoría de los casos. Los expertos sugieren que este subdiagnóstico es la consecuencia de las características particulares en este grupo de personas como son la somatización, hipocondría y trastornos del sueño (Yuste, Rubio y Rico, 2004).

Muchas veces el diagnóstico es tardío porque la mayoría de médicos ponen más atención en la evolución de síntomas físicos, que en los síntomas anímicos como tristeza y melancolía. Como lo manifiesta el DSM V, la mayoría de los trastornos de origen psiquiátrico se manifiestan inicialmente con síntomas somáticos que son tratados, e incluso se confunden con trastornos antes conocidos como somatomorfos. (Caballero y Caballero 2008)

Se ha visto que esta enfermedad tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano; y que de igual manera la comorbilidad (la discapacidad y el deterioro cognoscitivo) tienen un pésimo efecto

sobre los individuos con depresión. Entre las secuelas visibles podemos mencionar la mayor tasa de morbilidad, de discapacidad física y social, el empeoramiento del pronóstico de recuperación de enfermedades y un mayor uso de los servicios hospitalarios. Como lo cita Aguilar-Navarro y Ávila-Funes “la depresión se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados en pacientes ambulatorios” (Aguilar-Navarro y Ávila-Funes 2007, Fried et al 2005)

De otro lado, la depresión del adulto mayor se asocia a: trastornos de la alimentación con pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala auto percepción de la salud; produce discapacidad y su prevalencia aumenta con la edad. No está claro el porqué de estas asociaciones. En enfermedades autoinmunes, el estado anímico tiene un papel importante en su progresión y pronóstico. Estos cambios están involucrados con la respuesta del sistema inmunitario en estas situaciones de estrés. Es importante por lo tanto, que se valore siempre el estado emocional de los pacientes para mejorar calidad de vida a largo plazo (Aguilar-Navarro y Ávila-Funes 2007)

Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son numerosas; puede enlentecer o bloquear los procesos de restablecimiento interfiriendo con el comportamiento de la persona, generando retraso en la búsqueda de atención médica adecuada. Se observa en este punto que pese a la elevada prevalencia de la depresión, sólo un 10% de los ancianos que la sufren reciben un tratamiento adecuado. Además, pueden provocar e inhibir la participación en actividades de cohesión social que favorecen un buen estado de salud y un envejecimiento saludable (Ayuso Gutiérrez 2002, Aguilar y Ávila. 2006; Becerra 2008, Fernández 2009, Rodríguez et al 2013, Villanueva Egan 2000)

Causas de depresión

El curso del envejecimiento no implica necesariamente deterioro mental, o físico; si bien es cierto que con la edad se aprecia un declive en la capacidad de adaptación, lo cual genera una disminución o deterioro de algunas funciones fisiológicas y mentales,

como es la pérdida de memoria inmediata, que es mayor si requiere velocidad o se producen interferencias. (Stel, 2004, Villanueva Egan 2000)

La depresión en la tercera edad ocurre en el contexto de numerosos los factores etiológicos, (problemas sociales y físicos), que con frecuencia se solapan y oscurecen o complican el diagnóstico lo cual impide el manejo de la enfermedad.

Existen varios factores de riesgo identificados en la depresión, lo cual no significa que tener uno o varios implique desarrollar necesariamente una depresión. Si estos se combinan, aumentan las probabilidades de desarrollar una depresión. Siendo pacientes polimedicados, se deben tomar en cuenta las interacciones farmacológicas y reacciones adversas a medicamentos.

Factores socio demográficos y Psicosociales

El desarrollo de un estado depresivo, se relaciona con factores ambientales y psicológicos como: la presencia de traumas, pérdidas de un ser querido, una relación difícil intrafamiliar; acontecimientos vitales estresantes como una separación afectiva, cambio de domicilio, traumas, la pérdida del trabajo o problemas financieros podrían desencadenar crisis personales en las cuales se cuestionan muchos aspectos de la vida diaria.

La personalidad es otro de los factores que nos ayuda a sobrellevar las crisis, las personas con baja autoestima, quienes con frecuencia se ven a sí mismas y a su entorno con pesimismo, o que se angustian fácilmente por el estrés, podrían ser propensas a la depresión. Otros factores psicológicos, como el perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, podrían incrementar el riesgo en la persona para deprimirse. La depresión se ha visto de manera repetida en aquellos seres con trastornos de ansiedad crónica y trastornos de personalidad límite.

Por otro lado, son factores protectores frente al desarrollo de la depresión, el estilo de vida previo y la presencia de un adecuado apoyo social. Se ve por ejemplo que en quienes tienen cohesión social activa la depresión es más baja que en personas solitarias; se considera como un factor de riesgo la presencia de redes de apoyo restringidos.

Factores Clínico Geriátricos

Genético: Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, las personas con antecedentes familiares de trastornos depresivos tienden a tener en mayor riesgo de desarrollar depresión. Aunque los genes específicos responsables no están claramente identificados, la susceptibilidad genética es un tema de gran interés. Como lo mencionan *Aguilar-Navarro y Ávila-Funes* “entre los pacientes depresivos se ha encontrado una asociación con las variantes corta y larga del polimorfismo (5-HTTLPR) del gen promotor del transporte de la serotonina (SLC6A4) que ha sido propuesto como marcador farmacogenético de la eficacia de algunos antidepresivos”. Actualmente se investiga el Locus CREB1 del cromosoma 2. (Lenze 2005 citado en *Aguilar-Navarro y Ávila-Funes* 2007, Kaplan – Sadock 10ma edición). La presencia de este gen está relacionada con el estrés neuronal, la depresión mayor e ideas suicidas. Este gen se encuentra hasta en el 50% de los caucásicos y afro-americanos, lo que surge que este gen no es un predictor de depresión per se, pero sí está relacionado con mayor presencia de síntomas depresivos y menor respuesta al estrés psicológico; fenómeno estudiado en estados de estrés mayor como, por ejemplo, después de una fractura de cadera”. (Zill 2000 citado en *Aguilar-Navarro y Ávila-Funes* 2007)

Orgánico: Cuando los neurotransmisores dopamina, serotonina y noradrenalina del cerebro no están en los niveles adecuados puede ocurrir la depresión, ya que su alteración genera cambios endógenos en su comunicación; mediante resonancia magnética nuclear y escaner cerebrales se ha visto que la estructura del cerebro en personas con depresión se ve diferente que en personas que no la padecen,

Los antecedentes personales de depresión única o reincidente incrementan considerablemente el riesgo de un episodio depresivo posterior.

Se menciona tema bien en la literatura que cambios físicos corporales pueden conllevar a estar acompañados de cambios mentales. Existe una relación directa entre depresión y enfermedades médicas como: infartos cardíacos o cerebrales, apoplejía, cáncer, Parkinson, VIH, diabetes, trastornos hormonales, la presencia de dolor crónico, trastornos crónicos del sueño; otros mentales como: los trastornos de

ansiedad, trastornos de estrés postraumático (TEPT), trastornos obsesivo-compulsivo (TOC), trastornos de pánico, fobias social y trastornos de ansiedad generalizada (TAG). Se discute en muchos estudios que el tratar la depresión puede ayudar a mejorar el pronóstico y la calidad de vida en otras enfermedades. (Cervera Gaspar 2011, Aguilar-Navarro y Ávila-Funes 2007)

En varias revisiones se demuestra que existe una fuerte asociación entre la presencia de sintomatología depresiva y el deterioro cognitivo en los adultos mayores, lo que incide de manera negativa en la esperanza y calidad de vida, produciendo una mayor morbilidad médica y psiquiátrica, un mayor deterioro funcional, una carga superior sobre los familiares, un mayor uso de los servicios y gastos sanitarios (Barjau Romero, Guerra-Prado y Vega Piñero 2001). Entre los ancianos con depresión, un 18 a un 57% presenta un síndrome demencial que desaparece una vez que remite el cuadro depresivos (“demencia reversible”, o “pseudodemencia depresiva”). Sin embargo, si se presenta la depresión existe un riesgo de 4 a 5 veces mayor de presentar demencia irreversible a 34 meses de haberse presentado. El riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudodemencia depresiva, está entre el 30 al 40 %, constituyéndose así en un robusto predictor de demencia. Varios estudios sostienen que el inicio de un cuadro de depresión mayor, se presenta 10 años previos al diagnóstico de demencia. La historia de un episodio depresivo constituye un factor de riesgo para desarrollar enfermedad de Alzheimer. (Alexopoulos et al 1989; Kral 1989, Alexopoulos et al 1993, Sáez-Fonseca et al 2007; Jorn AF. 2001; Dechent 2008, Alarcón 2004, Sánchez 2007) Se menciona también que alrededor de 1/3 de los cuadros demenciales coexisten con depresión, abuso o dependencia del alcohol o de otras sustancias (Grupo de Trabajo de la GPC 2010)

Manejo integral

El manejo integral del paciente debe combinar lo científico y lo empírico, la relación médico paciente tiene un factor de influencia trascendental. Se recomienda usar todos los recursos disponibles del contexto socio personal, familiar y cultural del paciente, de los valores y las expectativas de los enfermos, dentro de un marco ético y legal. Debe tomarse en cuenta que la respuesta al tratamiento en casos de depresión

instaurada tarda un periodo más largo en los pacientes con edad avanzada y existe una tendencia a la cronicidad, por lo que se debe informar de todos estos datos al paciente y a la familia desde el inicio del manejo, para ganar su confianza, mejorar la adherencia al tratamiento y evitar su abandono. Además hay que tomar en cuenta que la respuesta al tratamiento se encuentran influenciada por otros factores como: comorbilidad asociada, abuso de sustancias y factores sociodemográficos como soltería, o si viven solos, la presencia de un bajo estatus socioeconómico, la presencia de episodios depresivos previos, si hubo tratamiento preventivo o continuado y si hubo síntomas residuales. Con la presencia de síntomas residuales, el riesgo de recaídas posteriores hasta 3 veces más que en los cuadros de remisión completa y se puede requerir un tratamiento de por vida, por lo que es importante tomar estos datos en consideración para el seguimiento individual de cada paciente. La psicoterapia sobre todo la cognitivo conductual junto con la prescripción de medicamentos, debe darse de manera conjunta; el paciente debe ser seguido hasta dentro de 2 años luego de la remisión del cuadro para ver mejores resultados. (Rodríguez et al 2013, Chunchilla Moreno 2011)

Un manejo integral de todo paciente es de suma importancia; el abordaje inicial en el adulto mayor a partir de la historia clínica en la que se valoren todos estos aspectos es fundamental no solo para un diagnóstico oportuno sino también para detectar factores de riesgo que se puedan corregir a tiempo para mejorar calidad de vida en los pacientes adultos mayores que se ven en la práctica clínica diaria. (Espinosa-Aguilar et al 2007)

En la valoración médica integral, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador propone reconocer los siguientes factores predisponentes y precipitantes de depresión tomando en consideración lo antes mencionado en relación a la causalidad de este trastorno:

Cuadro No. 1. Factores predisponentes y precipitantes de depresión.	
<i>Factores predisponentes</i>	<i>Factores precipitantes</i>
Identidad de género Violencia Física o Psicológica sobre el adulto mayor Desprotección social o económica Ausencias de oportunidades laborales o recreativas Problemas inherentes a la jubilación Comorbilidad Déficit cognitivo Deprivación sensorial Discapacidades	Agresiones recibidas Abandono o aislamiento Pérdida de autonomía Duelo Pérdidas económicas y sociales Efectos iatrogénicos de ciertos medicamentos: Propanolol, Codeína, Propoxifeno, Indometacina, Sulfonamidas, Isoniacida, Digitálicos, Diuréticos, Benzodiacepinas, Haloperidol, Corticoides, Cimetidina entre otros
<i>Mayor Riesgo de Suicidio</i> Sexo masculino, viudo, divorciado, desempleado, enfermo, aislado, alcoholismo, mala relación familiar, insomnio persistente, depresión severa, institucionalización, enfermedad terminal.	
Nota: Recuperado de Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008, Diego Martínez y Pablo Alvarez, capítulo 4 Depresión, pp 60-63	

Dentro de las variables que se deben valorar de manera oportuna están las condiciones socio demográficas y psicosociales como: lugar donde vive y desenvuelve, redes de apoyo intrafamiliares y extrafamiliares (apoyo social), autonomía del paciente, factores económicos, existencia de un sistema previsional adecuado, la posibilidad de apoyo económico familiar.

Dentro de la valoración de la comorbilidad debe considerarse la tolerancia del paciente a los tratamientos tanto por factores orgánicos (ej., disminución de proteínas plasmáticas, falla hepática, falla renal, etc.) como por la interacción con otros

fármacos; se debe tener especial cuidado con los potenciales efectos colaterales de los psicofármacos, así como con las posibles interacciones derivadas de la polifarmacia usual en este grupo etario (Marín Larraín, Santander J. et al 2000)

Se debería juzgar también la necesidad de hospitalizar. En casos en que la severidad del cuadro así lo requiere, por ideación suicida franca o necesidad de cuidados de enfermería, se debe indicar la hospitalización. Incluso se menciona que la hospitalización se debe evaluar cuando tenemos dudas de que el paciente por razones de poca autonomía o escasa red de apoyo pueda cumplir las indicaciones.

Tratamiento Farmacológico

En cuanto al manejo farmacológico la medicación antidepresiva es diversa, cada caso se debe valorar de manera individual con los antecedentes descritos ya, además la respuesta de cada tratamiento fluctúa de manera diferente en cada persona, por lo cual luego de realizar la elección del medicamento se debe advertir al paciente lo que se espera conseguir y el tiempo aproximado en el que se verán resultados junto con la duración estimada del tratamiento, además deben ser valoradas las posibles reacciones adversas y contraindicaciones de los medicamentos seleccionados, sabiendo que la población adulta mayor es heterogénea y en muchas ocasiones esta polimedicada y tiene una alta comorbilidad, para lo cual se puede tomar en cuenta los criterios para valorar la prescripción inadecuada de medicamentos y su desprescripción oportuna con los listados STOPP/STAR 2014 y PRISCUS 2010, recordando también que el metabolismo de la enzima citocromo p450 es importante a la hora de analizar reacciones adversas medicamentosas (Anexo N.- 3). La información amplia ayuda además a mejorar la adherencia al tratamiento. (Churchilla Moreno 2011, Ramos Quiroga y Pérez 2009, Espinosa-Aguilar et al 2007, Grupo de Recomendaciones en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid. 2011; Angora-Cañego Ricardo, et al 2012)

Todo tratamiento antidepresivo este se debe mantener por al menos 6 meses tras la recuperación completa del episodio inicial, utilizando siempre la misma dosis que se requirió para obtener la mejoría. En los casos recurrentes se evaluará incluso el tratamiento de por vida. (Churchilla Moreno 2011)

Antidepresivos tricíclicos. La imipramina, la amitriptilina y la clomipramina tiene una excelente acción antidepresiva, pero debido a sus importantes efectos anticolinérgicos no son recomendables como primera opción ya que provocan hipotensión, retención urinaria, constipación y arritmias.

Inhibidores de recaptura selectiva de serotonina. Se consideran como primera opción debido a su fácil posología, y a su perfil de efectos colaterales relativamente benignos. Entre estos tenemos la fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram; sin embargo es la que tiene mayor afinidad por los receptores D2, por tanto, la que más riesgo tiene de producir sintomatología extrapiramidal. Asimismo, fluoxetina y paroxetina inhiben potentemente la isoenzima CYP2D6 del citocromo P450 consiguiendo una importante interacción con otros fármacos. La sertralina se une fuertemente a las proteínas plasmáticas y puede modificar las concentraciones plasmáticas de otros fármacos que también tienen una estrecha unión a proteínas (como la digoxina, y la warfarina). El citalopram es el más selectivo de este grupo, con un perfil farmacocinético más adecuado en adultos mayores, ya que no presenta interacciones clínicamente significativas con otros fármacos. (Ramos Quiroga y Díaz Pérez 2001)

Otros antidepresivos. Se mencionan a continuación otros fármacos también seguros en este grupo etario (Ramos Quiroga y Díaz Pérez, 2001; Agüera-Ortiz et al 2011, Espinosa-Aguilar et al 2007):

Mianserina: antidepresivo de acción noradrenérgica, con un muy buen efecto sedante que lo hacen recomendable en sujetos con gran angustia o trastornos del sueño.

Venlafaxina: de acción mixta noradrenérgica y serotoninérgica, útil en ancianos. Además se evidencia un escaso efecto sobre el citocromo P450.

Mirtazapina: Es un fármaco con efectos noradrenérgicos y serotoninérgicos combinados. En pacientes de edad avanzada con depresión, particularmente en aquellos con síntomas prominentes de agitación, ansiedad o alteraciones del sueño se obtuvo una excelente respuesta clínica.

Moclobemida: Es el único fármaco disponible que siendo inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO), se asocia a un menor riesgo de efectos secundarios

graves, ya que no requiere una dieta ausente de tiramina. Este fármaco no posee efectos adversos anticolinérgicos ni cardiovasculares, y presenta pocos efectos indeseables (mareos, alteraciones del sueño).

Tianeptina: Aunque es un antidepresivo tricíclico, también aumenta la recaptación de serotonina en las neuronas de la corteza y el hipocampo, presentando efectos somáticos y ansiolíticos asociados a la depresión, pero sin afectar al estado de alerta ni al sistema colinérgico.

Trazodona: Es un inhibidor de la recaptación de la serotonina, aunque menos potente que la fluoxetina. Se cree que la actividad antidepresiva es producida por el bloqueo de la recaptación de la serotonina en la membrana neuronal presináptica. La trazodona no tiene influencia sobre la recaptación de norepinefrina o dopamina en el SNC.

Medicación ansiolítica e hipnótica

En general se recomienda evitar las benzodiazepinas por los riesgos de reacciones paradójales y por su impacto mermando funciones cognitivas.

Uso de antipsicóticos. Se recomienda utilizar fármacos con poco efecto anticolinérgico, en caso de ser necesario, especialmente haloperidol (Haldol) o, si se quiere disminuir el riesgo de síntomas extrapiramidales, se puede indicar risperidona o quetiapina.

Terapia electroconvulsiva. Este es el tratamiento de elección de los cuadros depresivos con síntomas psicóticos, particularmente en sujetos incapaces de tolerar mezclas de antidepresivos y antipsicóticos o en quienes por cuya gravedad no se pueda esperar la latencia habitual en el inicio del efecto antidepresivo de los psicofármacos.

Psicoterapia. Las herramientas psicoterapéuticas deben ser consideradas en el manejo de duelos, aceptación de los cambios de roles que esta etapa trae consigo, e importantemente el manejo de la desesperanza como elemento perpetuador de los cuadros depresivos del anciano. La consideración del sistema en que el paciente se desenvuelve, habitualmente la familia, debe siempre tenerse en cuenta ya que el funcionamiento sistémico puede estar íntimamente relacionado con el funcionamiento

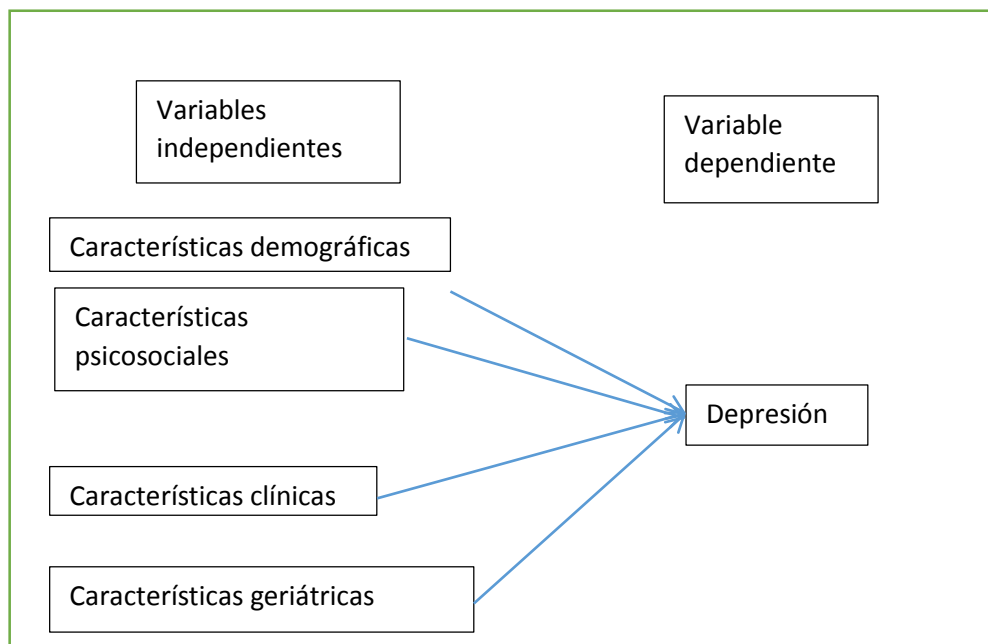
y roles del sujeto. La terapia conductiva conductual es una de las que se aconseja en este punto ya que ha resultado más eficaz en el manejo complementario del paciente.

Con respecto a la depresión recurrente, se ha visto que incrementando la duración de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) puede reducirse la recaída y la recurrencia, especialmente en pacientes de alto riesgo. (Hollon 2005) Este efecto protector parece robusto independientemente de si la TCC se proporciona sola o en combinación con medicación o si la combinación se aplica de manera simultánea o secuencial. Por otra parte, en otro ensayo clínico se informa de una reducción de la tasa de recaída/recurrencia del 72% al 46% (en el plazo de 2 años) en pacientes con múltiples episodios previos, añadiendo 16 horas de TCC al tratamiento habitual, tras la remisión. (Bockting et al 2005)

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

Relación de variables



Muestra:

La muestra fue extraída de la población de adultos mayores del Servicio de Consulta Externa del Hospital del Adulto Mayor.

Para calcular el tamaño de la muestra se tomó en cuenta los adultos mayores durante el año 2013 que se atendieron en esta casa de salud, un total de 3247 adultos mayores, con un proporcional trimestral de 812 personas, dato que tomaremos como nuestro universo.

Se calcula el tamaño muestral mediante el programa EPI INFO 3.5.4 con su opción StatCalc, tomando como base los datos de la OMS en el 2012 quienes mencionan la prevalencia de depresión en Adultos Mayores en un 20%, y sabiendo la prevalencia de depresión en la población adulta general es del 5,5% en América Latina, se ingresan los datos en el programa de epi info que nos da como resultado un tamaño muestral de 248 personas, muestreo con un nivel de confiabilidad del 95%, y un margen de error de 5%.

Criterios de inclusión: adultos mayores desde 65 años, que acudan al servicio de Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, que hayan firmado el consentimiento informado (Anexo N.- 4) para participar en el estudio y que sean positivos para el test de Screening de Yesavage para depresión en adultos mayores desde Octubre del 2014 hasta Febrero del 2015 en el servicio de consulta externa.

Criterios de exclusión: Los adultos mayores que tengan depresión atribuible a abuso de sustancias psicoactivas, y quienes se hayan negado o se hayan retirado del estudio.

Tipo de estudio:

Estudio de tipo descriptivo con diseño transversal.

Se estudiarán variables discretas de atributo, como es el caso de las condiciones clínicas geriátricas, los aspectos psicosociales y sociodemográficos y el análisis de datos se los hará mediante estadística descriptiva para determinar los valores de frecuencias absolutas y relativas, y estadística inferencial (análisis multivariante mediante el modelo regresión logística simple y multinominal), para determinar si existe o no asociación entre las variables en estudio y medir la intensidad de la misma.

Procedimiento de recolección y análisis de información:

Se identificaron casos de pacientes con depresión, según los partes diarios de consulta externa, luego se procedió a la obtención del consentimiento informado y la recolección de datos, mediante dos instrumentos estructurados con varios test validados previamente en estudios anteriores por estudiantes de la PUCE, y planteados por el MSP Ecuador. (Anexo 8)

Para la recolección de datos, se realizó una entrevista directa para determinar las variables de estudio (Anexo N.- 5, 6 y 7). Inicialmente se confirmó la positividad del test de Yesavage o el diagnóstico clínico mediante el CIE 10, junto con la recolección ampliada de datos con un segundo cuestionario. El tiempo de realización en promedio

de este segundo paso fue entre 30 - 45 minutos por paciente. Posteriormente se realizó la revisión de la historia clínica de los pacientes seleccionados.

Plan de análisis de datos

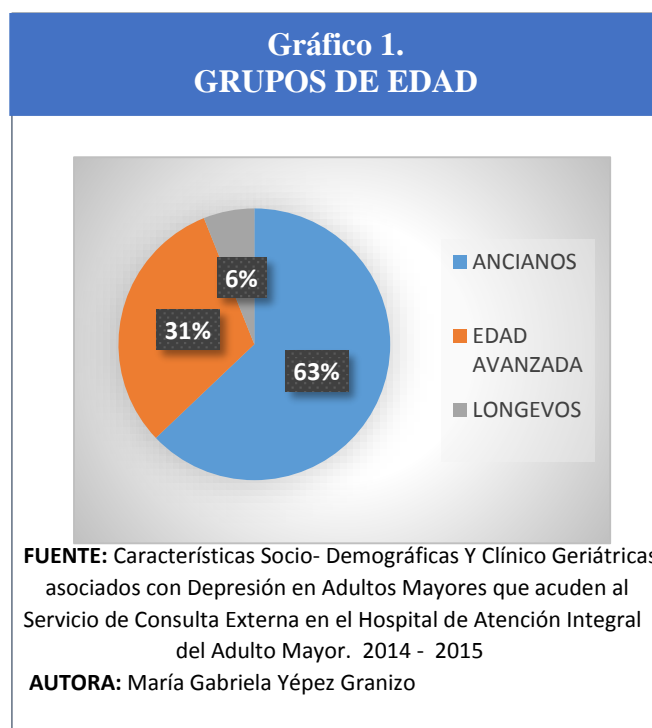
Se determinaron los valores de frecuencias absolutas y relativas de cada variable; mediante regresión logística binaria, se obtuvo el OR de cada una de las variables relacionadas con depresión, intervalos de confianza y niveles de significancia con χ^2 y Fisher según el caso. Posteriormente se realizó un análisis multivariable.

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS versión 18.0 con licencia de la PUCE, EPI INFO 3.5.4. Y Excel 2010.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

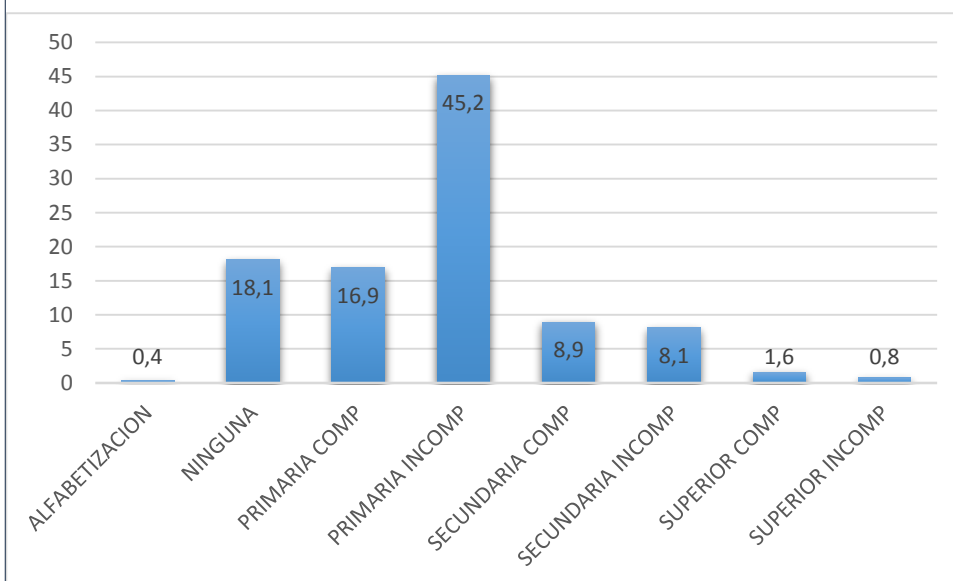
En el presente estudio encontramos a una población mayoritariamente de mujeres, 75,4% (187) frente a hombres que son el 24,6% (61), siendo ancianos un 62,9% (156), en edad avanzada 31% (77), y longevos 6% (15). Las edades oscilaron entre 65 y 96 años, con una media de 78,97 años; viven con pareja estable en un 38,3% (95) y sin pareja un 61,7% (153); de estos últimos, el 41,5% (103) son viudos.



Presentaron duelo un 54,8%, siendo único un 22,79% y múltiple un 77,21%; el 45,2% no presentaron duelo.

La Población creyente fue del 99,2% (católicos un 94,8% (235) y cristianos evangélicos un 4,4%(11)): la raza predominantemente fue mestiza con un 99,2% (246), y un 0,8% (2) afroecuatorianos. El 81,9% de los pacientes entrevistados tuvo algún nivel de instrucción, mientras que 18,1% se consideraron analfabetos. Gráfico 2.

Gráfico 2.
NIVEL DE INSTRUCCIÓN



FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

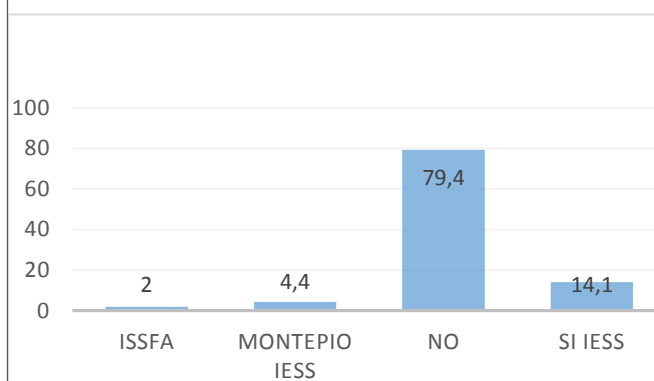
AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

Existe población que al momento registran una ocupación remunerada en un 14,5%, mientras que el 85% realizan una actividad no remunerada, no la registran en un 17,7%. El perfil ocupacional se demuestra en la tabla No. 1.

Tabla 1.					
OCUPACION ACTUAL REGISTRADA					
DESCRIPCIÓN	Nº	Porcentaje	DESCRIPCIÓN	Nº	Porcentaje
NINGUNA	44	17,7	LAVANDERA	1	0,4
AGRICULTURA	1	0,4	MECANICO	1	0,4
ALBAÑIL	1	0,4	OBRERO	1	0,4
APICULTOR	1	0,4	QQ DD	168	67,7
CHOFER	2	0,8	RECICLADORA	1	0,4
COMERCIANTE	19	7,7	RELIGIOSA	1	0,4
NIÑER@	1	0,4	TEJEDORA	1	0,4
CUIDADOR CASA	1	0,4	ZAPATERO	2	0,8
JORNALERO	2	0,8	TOTAL	248	100
<p>FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el HAIAM 2014-2015</p> <p>AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo</p>					

El 20,6% tienen algún tipo de jubilación y no la tienen en un 79,4%. En el gráfico 3 se demuestra el tipo de afiliación.

Gráfico 3.
REGISTRO DE AFILIACIÓN (%)

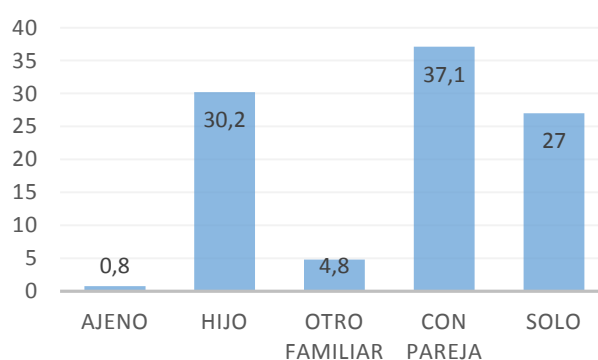


FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

Viven en una vivienda propia un 92,3% (229) y en una vivienda ajena un 7,7% (19). Viven acompañados en un 73% y solos en un 27%. En el gráfico 4 se demuestran los arreglos familiares.

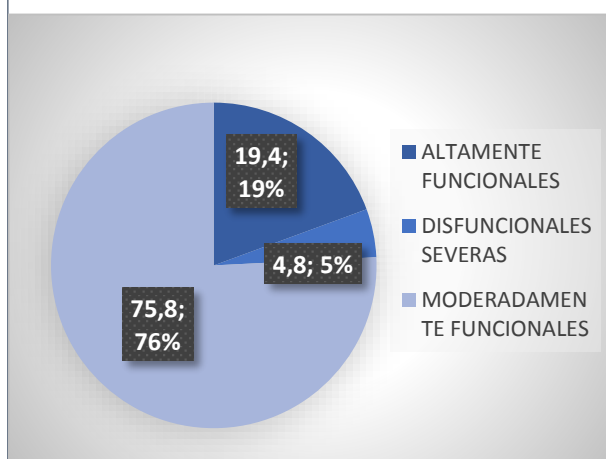
Gráfico 4.
CON QUIEN VIVEN LOS ADULTOS MAYORES



FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

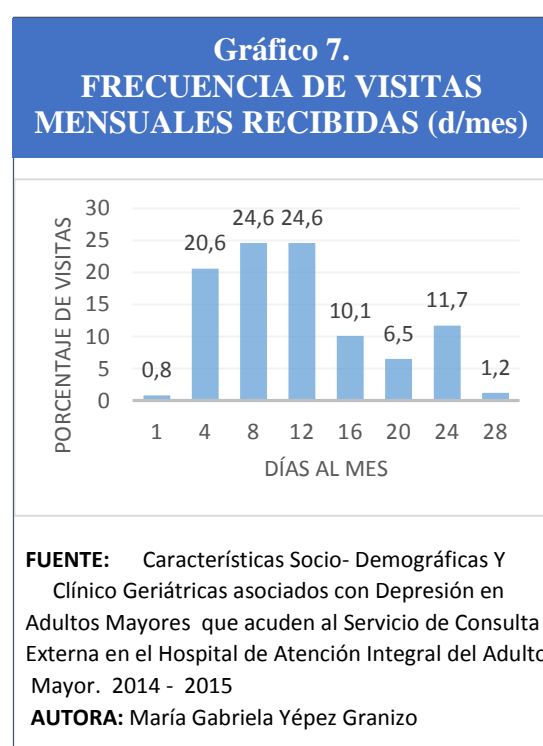
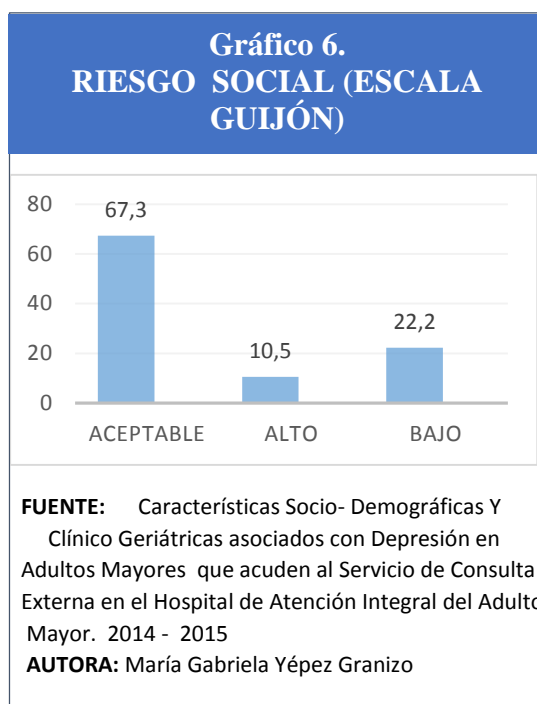
**Gráfico 5.
APGAR FAMILIAR**



FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015
AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

Se reporta una funcionalidad familiar de un 19,4%, siendo disfuncionales en un 80,6%.

El riesgo social valorado por la Escala de Guijón es de predominio mínimo o ausente en un 89,5% y presente en un 10,5%. Pertenecen a un club de socialización solo en un 3,2 % (8) y no lo hacen en un 96,8%, Gráfico N. 6.

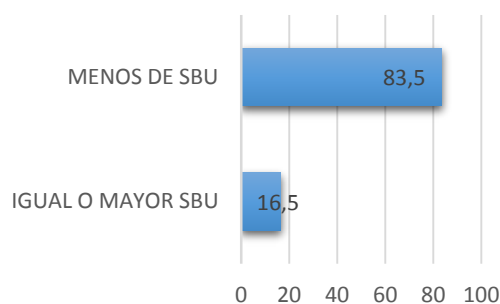


El 97,6%, manifiestan tener un familiar de contacto; así mismo se registra que reciben visitas de familiares con frecuencia de entre 4 -12 días al mes en su mayoría (69,8%) El 54,8% (136) tiene familiares que viven cerca en un mientras que un 45,2% (112) no los tienen. Gráfico No. 7

El 4,4% (11) refieren la presencia de discapacidad anterior a su condición de adulto mayor, entre las que se registran retraso mental, hipoacusia congénita, y ceguera.

De acuerdo a la encuesta del INEC para medir estrato socioeconómico, los participantes pertenecen a una estratificación social baja en un 1,2% (3), medio bajo 98% (243) y medio típico 0,8% (2)

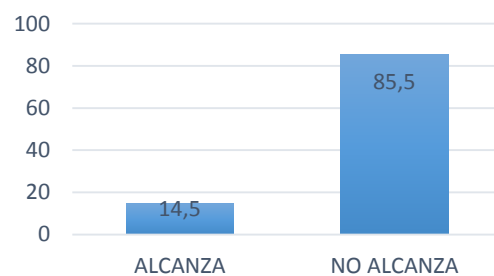
**Gráfico 8.
DINERO EN CASA**



FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

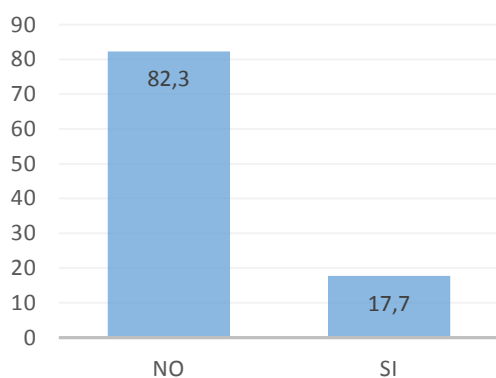
**Gráfico 9.
PERCEPCIÓN DEL DINERO EN CASA**



FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

**Gráfico 10.
% DÉFICIT NEUROSENSORIAL MIXTO**



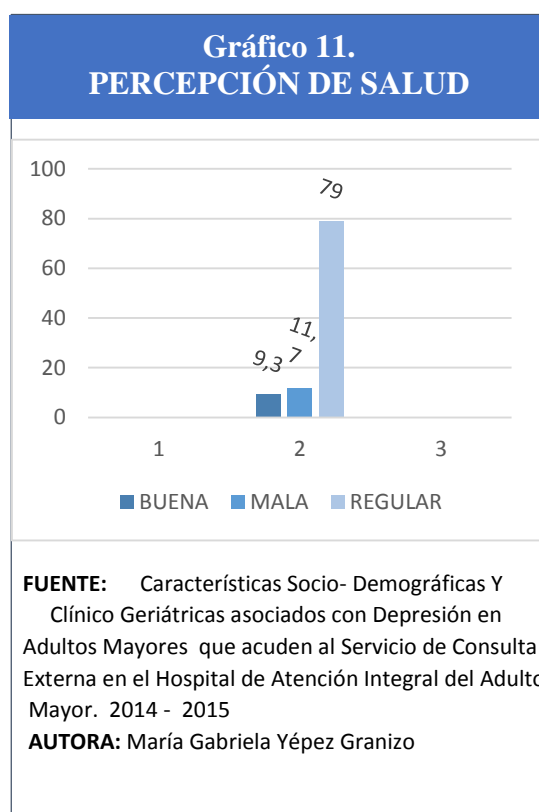
FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

El 12,8% (32) manifiestan algún ingreso mensual estable, sin tomar en cuenta la jubilación, de quienes registran el beneficio del bono en un 9,7% (24). En los gráficos 8 y 9 se demuestra la presencia de dinero en casa en relación con un salario básico unificado 2015 (354USD) y la percepción de suficiencia del dinero en casa.

Al momento de la investigación presentaron un déficit visual el 53,2% (132), un déficit auditivo en un 27% (67), y un déficit sensorial mixto en un 17,7% (44).

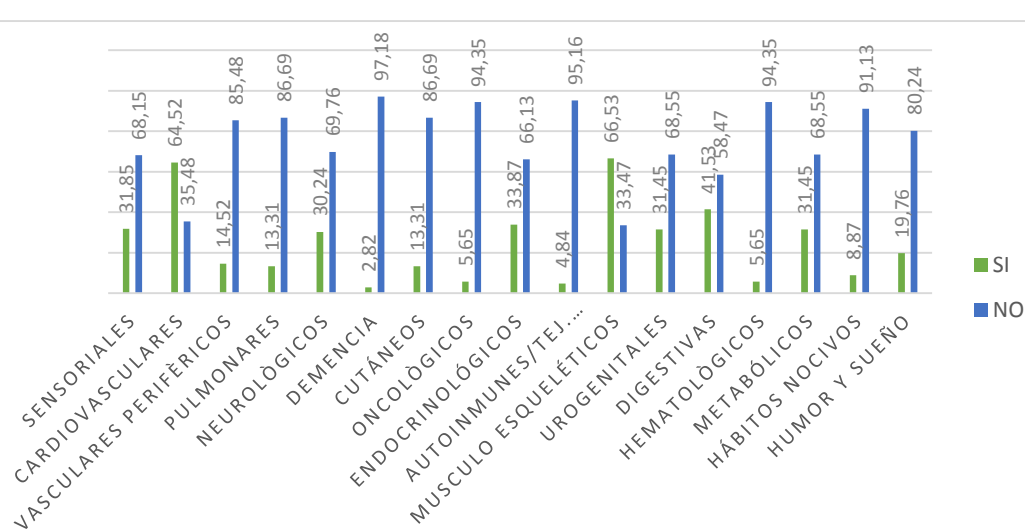
El 90,7% (225) perciben su salud como no aceptable. El gráfico 11 demuestra la desagregación de la percepción de salud.



En referencia a la presencia de antecedentes patológicos personales, se encuentra que la depresión está presente en un 25,8% (64); otro tipo de morbilidad en un 98% (243) y con la presencia de complicaciones secundarias a estas en un 16,9% (42). Presentaron polifarmacia en el 56,5% (140). El registro de hospitalizaciones en los últimos 6 meses fue del 10,1% (25). Gráfico No. 12.

La presencia de depresión valorada por Yesavage en la población estudiada de predominio leve en un 67,3% (167) y severa o establecida en un 32,7% (81), con el

Gráfico 12.
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES



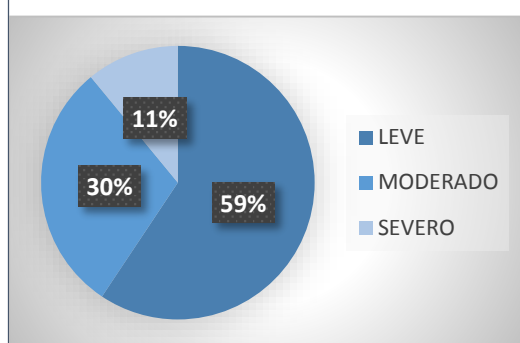
FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

registro de una sintomatología alta valorada por el test de Hamilton mayor en un 98% (243) y menor 2% (5)

El deterioro cognitivo estuvo presente en un 62,5% (155), en diferentes escalas como se muestra en el Gráfico No. 13

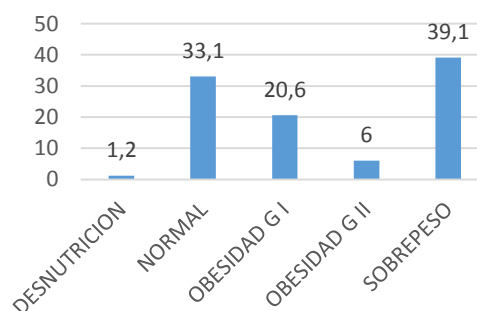
**Gráfico 13.
DETERIORO COGNITIVO**



FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

**Gráfico 14.
ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN
EL I.M.C. ***



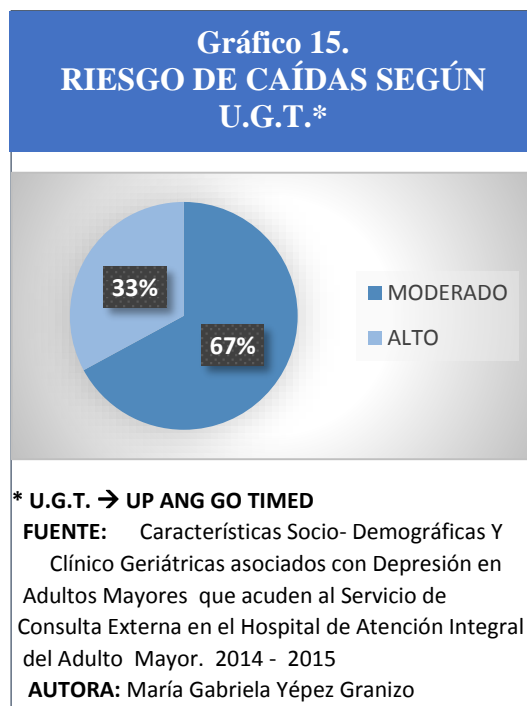
***I.M.C. → ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

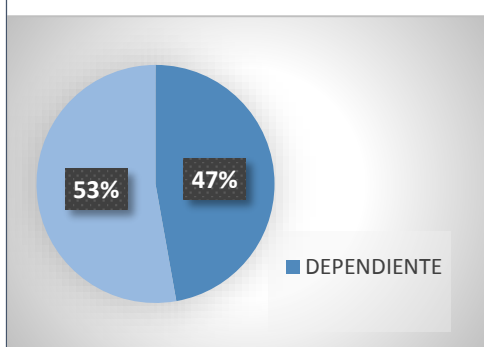
El estado nutricional estuvo alterado, según el Índice de Masa Corporal (IMC) en un 66,9% (166) y normal en un 33,1% (82). Como se detalla en el Gráfico No. 14

El riesgo de caídas valorado con el test Up and go timed, fue registrado como ausente en un 4,4% (11) y presente en un 95,6% (237). Gráfico N. 15.



Fueron dependientes para actividades básicas de la vida diaria de acuerdo el test de Barthel en un 47,2% (117) y para actividades instrumentales, de acuerdo al de Lawton y Broady en un 47,6% (118). Gráfico No. 16 y 17.

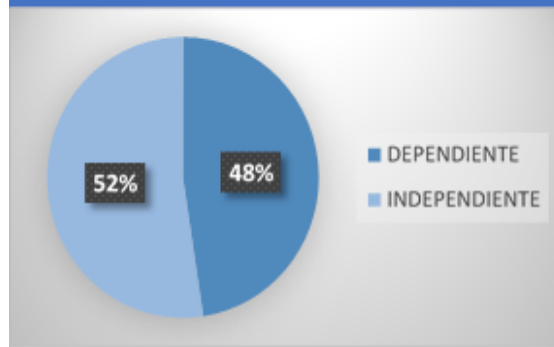
**Gráfico 16.
TEST DE BARTHEL
(ACTIVIDADES BÁSICAS)**



FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

**GRÁFICO N.- 17
TEST DE LAWTON/ BROADY
(ACTIVIDADES INSTRUMENTALES)**



FUENTE: Características Socio- Demográficas Y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

En la tabla No. 2 se demuestra el resumen del análisis descriptivo. Y en la tabla No. 3 -8 se demuestran los resultados del análisis bi-variado.

Tabla 2. RESUMEN DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO

	Población Total	Mínimo	Máximo	Media		Desv. típ.
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico
EDAD	248	65	96	78,97	0,476	7,498
APGAR FAMILIAR	248	1	9	5,32	0,083	1,313
GUIJON	248	3	13	6,96	0,118	1,858
FRECUENCIA VISITAS FAMILIARES/SEM	248	0	7	2,95	0,105	1,66
FRECUENCIA VISITAS FAMILIARES/MES	248	1	28	11,8	0,421	6,625
N. DE FÁRMACOS	247	0	8	3,02	0,128	2,01
INDICE DE CHARLSON	22	3	8	5,18	0,313	1,468
TEST DE BARBER	248	0	5	1,33	0,068	1,066
YESAVAGE-GSD	248	6	15	8,83	0,146	2,293
HAMILTON	248	6	38	21,54	0,301	4,744
NUTRICIONAL MNA	248	2	29	18,19	0,458	7,21
PESO	248	33	91	59,53	0,705	11,097
IMC	248	16	39	26,633	0,2857	4,4999
UGT	212	7	45	18,76	0,477	6,941

FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

Tabla 3. ANALISIS BIVARIADO – VARIABLES SOCIO ECONÓMICAS				
VARIABLES	YESAVAGE		OR (LI-LS)	CHI2 (p)
	MENOR	ESTABLECIDA		
OCUPACIÓN ACTUAL				
REMUNERADA	14	13	2,593 (1,114-5,032)	0,03
NO REMUNERADA	158	63		
JUBILADO				
SI	39	12	1,564(0,767-3,189)	0,21
NO	133	64		
CASA				
PROPIA	159	70	1,048(0,383-2,871)	1,00*
AJENA	13	6		
BONO SOCIAL				
SI	11	11	0,404(0,167-0,977)	0,03
NO	161	65		
DINERO EN CASA				
MENOS DEL SBU (2015)	72	135	1,896 (0,858 4,190)	0,10
≥ AL SBU (2015) (+)	9	32		
PERCEPCIÓN DEL DINERO EN CASA				
ALCANZA	28	5	2,761(1,023-7,454)	0,04*
NO ALCANZA	144	71		
ESTUS SOCIO – ECONÓMICO (INEC)				
MEDIO	170	75	1,113(0,101- 12,692)	1,00*
BAJO	2	1		
*Valores exactos de Fisher + ≥ MAYOR O IGUAL A				
FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015				
AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo				

Tabla 4. ANALISIS BIVARIADO – VARIABLES PSICO SOCIALES				
VARIABLES	YESAVAGE		OR (LI-LS)	CHI2 (p)
	MENOR	ESTABLECIDA		
DUELO				
SI	94	42	0,976(0,567-1,679)	0,92
NO	78	34		
DESENCADENANTE DEPRESIVO				
PÉRDIDAS	110	48	1,035(0,591-1,813)	0,90
TRAST RELACIONAL FAMILIAR	62	28		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR				
DISFUNCIONAL	64	136	0,858 (0,443-1,664)	0,65
FUNCIONAL	17	31		
RIESGO SOCIAL (GUIJÓN)				
PRESENTE	9	17	1,103 (0,469-2,595)	0,82
AUSENTE	72	150		
PERTENECE A ALGÚN CLUB				
SI	2	6	0,137(0,027-0,697)	0,011*
NO	170	70		
FAMILIARES QUE VIVAN CERCA				
SI	93	43	0,903(0,525-1,556)	0,71
NO	79	33		
SÍNDROME DE FRAGILIDAD				
SI	126	61	0,674(0,349-1,301)	0,23
NO	46	15		

*Valores exactos de Fisher

FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

Tabla 5. ANALISIS BIVARIADO – VARIABLES CLÍNICO GERIÁTRICAS (1/3)

VARIABLES	YESAVAGE		OR (LI-LS)	CHI2 (p)
	MENOR	ESTABLECIDA		
DEFICIT VISUAL				
SI	88	44	0,762(0,442-1.314)	0,32
NO	84	32		
HIPOACUSIA				
SI	46	21	0,956(0,522-1,752)	0,88
NO	126	55		
DEFICIT NEURO SENSORIAL MIXTO				
SI	30	14	0,936(0,464-1,886)	0,85
NO	142	62		
AUTOPERCEPCION DE SU SALUD				
NO ACEPTABLE	74	161	1,120 (0,442 - 2,841)	1,00*
ACEPTABLE	7	16		
ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN				
SI	31	23	0,721(0,395-1,317)	0,056
NO	131	53		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS				
SI	169	74	1,532(0,249-9,303)	0,64
NO	3	2		

*Valores exactos de Fisher

FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

Tabla 6. ANALISIS BIVARIADO – VARIABLES CLÍNICO GERIÁTRICAS (2/3)				
VARIABLES	YESAVAGE		OR (LI-LS)	CHI2 (p)
	MENOR	ESTABLECIDA		
COMPLICACIONES X ANTECEDENTES			0,662(0,334-1,333)	0,25
SI	26	16		
NO	146	60		
POLIFARMACIA			0,811(0,469-1,401)	0,45
SI	93	45		
NO	79	31		
HOSPITALIZACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO				
SI	19	6	1,449(0,555-3,785)	0,50
NO	153	70		
BAJA DE PESO EN LOS ULTIMOS 6 M				
SI	16	14	0,454 (0,209-0,986)	0,04
NO	156	62		
RIESGO DE MAL NUTRICIÓN				
PRESENTE	60	27	0,972(0,553-1,710)	0,92
AUSENTE	112	49		
IMC				
ALTERADO	57	109	1,264 (0,712 - 2,243)	0,42
NORMAL	24	58		
*Valores exactos de Fisher				
FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015				
AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo				

Tabla 7. ANALISIS BIVARIADO – VARIABLES CLÍNICO GERIÁTRICAS (3/3)				
VARIABLES	YESAVAGE		OR (LI-LS)	CHI2 (p)
	MENOR	ESTABLECIDA		
DETERIORO COGNITIVO				
PRESENTE	51	104	1,030 (0,595 - 1,783)	0,91
AUSENTE	30	63		
DEPRESIÓN EN HAMILTON (SINTOMATOLOGÍA)				
MAYOR	167	76	0,68(0,631-0,748)	0,32*
MENOR	5	0		
CAÍDAS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES				
SI	27	19	0,559(0,288-1,083)	0,08
NO	145	57		
RIESGO CAÍDA UGT +				
PRESENTE	78	159	1,308 (0,338 - 5,068)	1,00*
AUSENTE	3	8		
BARTHEL				
INDEPENDIENTE	99	32	1,865 (1,080-3,221)	0,02
DEPENDIENTE	73	44		
LAWTON/BRODY				
INDEPENDIENTE	99	31	1,969(1,138-3,407)	0,01
DEPENDIENTE	73	45		
*Valores exactos de Fisher				
+ UGT: UP AND GO TIMED				
FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015				
AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo				

De las variables analizadas se encontró una relación estadísticamente significativa con un $p < 0,005$ en las siguientes variables:

Género: $p = 0,01$ y Presencia del Bono de Desarrollo Humano: $p = 0,03$; al valorar asociación mediante el OR este expresa un valor de 1,032 para la primera y de 0,404 para la segunda, sin embargo se encontró que los intervalos de confianza muestran que esta relación se da por azar, estos fluctúan entre ser factores de protección y riesgo. IC 95% 0,552-1,927 para la primera, y de 0,167-0,977 para la segunda.

En contraste las variables de Ocupación Actual: $p = 0,03$ (OR 2,593 (IC 95% 1,114-5,032)); Percepción del dinero en casa: $p = 0,04$ (OR 2,761(1,023-7,454)) Dependencia de Barthel: $p = 0,02$ (OR 1,865 (1,080-3,221)) y Dependencia de Lawton/Brody: $p = 0,01$ (OR 1,969(1,138-3,407) manifiestan una relación con el OR con la presencia de depresión, siendo el tener una ocupación actual no remunerada, una mala percepción del dinero en casa, y dependencia para los tests de Barthel y Lawton/Brody se consideran como factor de riesgo para desarrollar depresión mientras que el Pertenencia a un Club: $p = 0,011$ y en no registrar una Baja de peso en los últimos 6 meses: $p = 0$, son factores protectores para no desarrollarla con un OR de 0,137(0,027-0,697) y un OR de 0,454 (0,209-0,986) respectivamente.

La relación entre la presencia de depresión y las otras variables valoradas no fue significativamente estadística y se demostró que no existe asociación entre ellas.

Además aunque no fue objetivo de estudio, con los resultados hallados se puede plantear una herramienta útil en la práctica clínica diaria mediante una fórmula de predicción, utilizando un análisis multinomial binario (Hosmer Lemeshow) en SPSS versión 18, con un nivel de confiabilidad del 95% y una significancia estadística ($p < 0,007$); tomando en cuenta que la frecuencia de depresión según el test de Yesavage fue de predominio leve, esta fórmula nos permitirá presumir el diagnóstico de la misma al valorar las variables significativamente estadísticas de esta investigación como lo son Ocupación Actual, Percepción del Dinero en Casa, Pertenencia a Clubs y su Grado de Independencia valorado por el test de Barthel, como a continuación se presenta en la tabla No. 9 y 10, sabiendo que en el Omnibus del modelo se aprecia el valor del test de Hosmer Lemeshow de 0,221 con una

significancia de 0,974, mientras que tomando en cuenta que nuestras variables son cualitativas y cuantitativas no podemos calcular el valor de R cuadrado de Nagel Kerke.

Tabla 8. Test de Hosmer and Lemeshow

Step	Chi-square	df	Sig.
1	,221	3	,974

Tabla 9. VARIABLES EN LA ECUACIÓN

		B	S.E.	Wal	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	OCUPACION ACTUAL(1)	,953	,431	4,888	1	,027	2,593	1,114	6,032
	CLUBS(1)	2,330	,884	6,946	1	,008	10,279	1,817	58,145
	PERCEPCION DINERO_EN_CASA (1)	-1,273	,586	4,724	1	,030	,280	,089	,882
	BASICAS(1)	-,667	,295	5,123	1	,024	,513	,288	,914
	Constant	-,556	,205	7,378	1	,007	,573		

a. Variable(s) entered on step 1: OCUPACION_ACTUAL, CLUBS, PERCEPCION_DINERO_EN_CASA, BASICAS.

FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015

AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo

Tabla 10. Fórmula Predictiva para Depresión Leve en el Adulto Mayor

Depresión Leve =	<div style="font-size: 2em; margin-bottom: 10px;"> $\frac{1}{(1+2,718)^{-(0,556 + (0,953 (A)) + (-1,273(B)) + (2,33(C)) + (-0,667(D))}}$ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p>1= Si 0 = No</p> <p>A = Ocupación Actual</p> <p>B = Percepción del Dinero en casa</p> <p>C = Pertenencia a un Club</p> <p>D = Dependencia según el test de Barthel</p> </div>
<p>FUENTE: Características Socio- Demográficas y Clínico Geriátricas asociados con Depresión en Adultos Mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. 2014 - 2015</p> <p>AUTORA: María Gabriela Yépez Granizo</p>	

Lo que se puede interpretar como que la suma de los factores antes mencionados en el grupo poblacional estudiado se consideran en su conjunto la probabilidad mayor de desarrollar depresión menor, es decir que los individuos en el presente estudio compartieron en su mayoría la presencia o ausencia de estos factores en el desarrollo de su trastorno. No se toman en cuenta las variables de baja de peso dado que al realizar la regresión logística esta no resultó significativa, y la valoración de independencia de Lawton y Broady porque al parecer se interpola con la de Barthel en significancia.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito relacionar las características socio-demográficas y clínico geriátricas con la presencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Sobre todo, se pretendió examinar cuáles son aquellos factores que influían en presencia de depresión en el grupo de adultos mayores estudiado. A continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos

De los resultados obtenidos en esta investigación podemos observar que el grupo poblacional estudiado es similar en características, por lo que no se encuentra diferencias significativas en la mayoría de las variables sociodemográficas, psicosociales y clínico geriátricas planteadas, son personas de un estrato económico medio bajo, con una instrucción educativa de predominio bajo, observándose un pico en el grupo con primaria incompleta, que en bajo porcentaje tienen al momento una ocupación remunerada (14,5%) presentando un ingreso menor al SBU (\$354) en su mayoría, que reciben el Bono de desarrollo humano en un porcentaje bajo, y que su percepción del dinero en casa es de que no alcanza para cubrir sus necesidades en un 85,5%, que no asisten a un club en un 96,8%, con una comorbilidad alta según la valoración del Índice de Charlson, con pluripatología y polifarmacia, que viven en familias disfuncionales con poco contacto con sus familiares directos y que tienen un estado nutricional no saludable, lo que conlleva a una sensibilidad mayor a la depresión que se les ha diagnosticado, por lo que con el test de Yesavage se refleja con una depresión menor de predominio, y con el test de Hamilton para depresión refleja una sintomatología alta.

En el Análisis bivariado se encontró una **relación significativamente estadística** entre la depresión detectada en el test de Yesavage con **la ocupación actual, la percepción del dinero en casa, la pertenencia a clubs, la baja de peso registrada y su grado de independencia en actividades de la vida diaria e instrumentales**, siendo factores de riesgo el hecho de que la ocupación actual no sea remunerada, que la percepción del dinero en casa sea insuficiente, que no pertenezcan a ningún club, que hayan registrado una disminución de peso en los últimos 6 meses, y que sean dependientes según las escalas de Lawton/Broadly y en la de Barthel, variables relacionadas con los

factores sociodemográficos y clínico geriátricos que a continuación las examinaremos de manera detallada.

En relación a la participación en clubs, observamos en estudios similares que refieren que las redes de apoyo externas permiten una adecuada cohesión social representando un factor protector importante incluso mayor al valorado sobre las redes de apoyo intrafamiliares. Esto puede deberse como lo mencionan autores como Mendez y Cruz a que “las redes de apoyo social como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores. (Mendez y Cruz, 2008)

El valor y la importancia de la red social para este grupo etario se debe a que se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona (Méndez y Cruz, 2008). También se ha comprobado que estas relaciones interpersonales implican además afecto, ayuda de pares, afirmación, un flujo de intercambio de recursos de todo tipo acciones e información (apoyos emocionales, cognitivos, materiales, instrumentales). Así, ante el declive funcional cumplen un papel fundamental como factor protector, previniendo enfermedades como el deterioro cognitivo, mejorando la calidad de vida en salud y promoviendo el bienestar personal con un envejecimiento saludable como lo pide la OMS (Khan y Antomucci, 1980, citado por CELADE; 2002-2003, Guzmán 2002, OMS 2010, Tuesca-Mollina et al 2003).

Siendo un factor importante a tomar en consideración, la promoción de participación social entre pares para prevenir trastornos como el depresivo como lo hallado en el presente estudio. Se considera como una buena práctica clínica el prescribirla como lo apoyan guías de manejo de depresión en el adulto mayor (Freudenstein et al 2001; Grupo de trabajo: Depresión en el Adulto Mayor, Manejo y Prevención, 2014, Grupo de trabajo: Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión 2008)

La población económicamente activa (PEA) de adultos mayores en el Ecuador constituye el 33% de la población total, su ingreso promedio mensual es de USD 300 para los hombres y USD 210 para las mujeres (INEC, 2010), asimismo se menciona que el 30 por ciento de los adultos mayores cuentan con asistencia de alguien para cuidarlo, y que el 75 por ciento no cuentan con afiliación a un seguro privado. Solo el 23 por ciento está afiliado al IESS. (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2014, Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos: Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México Apuntes para un diagnóstico, 2008) En promedio en América Latina, las tasas de participación en la actividad económica de los mayores de 75 años es tres veces menor que las de la población de 60 a 74 años (Chackiel, 2000).

En el presente estudio se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre la ausencia de un trabajo remunerado y una percepción negativa del dinero en casa, es decir que la mayoría de adultos mayores evaluados manifiestan que el dinero que tienen en casa no alcanza para cubrir sus necesidades básicas. Hernández evidenció en su estudio que la frecuencia de depresión en los jubilados que no tenían ninguna actividad laboral era mayor (25.8%), mientras en las personas que seguían trabajando en otra actividad remunerada, era del 7.4% ($p < 0.001$). Pando, encontró también diferencias significativas donde refiere que sintomatología de angustia y depresión era mayor en los jubilados desempleados. (Pando, 1999). Patiño describe también que en adultos mayores con “ingresos adecuados, buena salud, que residen en un medio agradable y tienen acceso a un buen sistema de apoyo social son más propensos a estar satisfechos con la jubilación, que aquellos que no poseen los anteriores factores”. (Patiño 2006). Actúa como un factor de protección para depresión, un estilo de vida en el que haya seguridad financiera (Patiño 2006, Hernández 2005).

En el trabajo actual observamos que los adultos mayores entrevistados en su mayoría no son jubilados (79,4%) y que sólo un 14,5% tienen al momento una actividad económica estable. La participación en el ámbito laboral del adulto mayor se torna

necesaria para el aporte económico familiar, porque sus redes de apoyo a nivel familiar no abastecen de manera completa sus requerimientos para salud y manutención, como lo señala el Documento Conceptual del Grupo de Trabajo de Personas Adultas Mayores (Huenchuan et al 2010). Huenchuan menciona que “en la vejez puede aumentar la demanda por servicios de asistencia debido a que las personas mayores experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones económicas y de salud (física y/o mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, amigos y/o parientes” (Huenchuan et al, 2010.). Y si tomamos en consideración además la escasa cobertura del IESS en este grupo poblacional hace que este fenómeno sea repetido, a pesar de que la ley de anciano actualmente vigente, realza la necesidad de descanso y disfrute del ocio del adulto mayor, toda vez que ha cumplido con su responsabilidad de manutención del núcleo familiar.

Los adultos mayores a pesar de ser personas frágiles, que tienen dificultad para llegar o regresar del trabajo, o viven en una situación de inseguridad se ven obligados a trabajar, en sitios en los que son serviles, mal remuneradas o maltratados, con un trabajo informal en la mayoría de ocasiones (Paredes 2010), Según la CEPAL/CELADE, las principales ocupaciones que declaran los adultos mayores son las de “trabajadores agrícolas y pescadores”, “trabajadores no agrícolas” y “trabajadores en servicios”, las cuales se tratan en su mayor parte de tareas manuales con alguna o ninguna calificación (82,9%) ya que el nivel educativo del segmento es bajo. Las categorías de “profesionales y técnicos”, “personal administrativo” y “directores y funcionarios públicos superiores” sólo representan, en conjunto, el 6,7% de la población ocupada de 65 años y más. (Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos: Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México Apuntes para un diagnóstico, 2008)

En la bibliografía también se menciona que muchas veces la percepción del dinero para los adultos mayores depende también de la independencia que sientan en el grupo familiar en el que viven. El simple hecho de sentirse independientes y que pueden aportar en su casa marca una gran diferencia en el sentimiento de autonomía que

experimentan, sintiéndose útiles en la sociedad y para su familia. (Papadópolos Falkin, 2013, Lasagni et al 2012)

Chackiel menciona que “las condiciones económicas y sociales de las personas de edad no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, sino que, principalmente en Latinoamérica, del rol que cumple la familia y las relaciones entre sus miembros.” Antes se observaban familias numerosas que vivían juntas es decir con varias generaciones simultáneamente. Se consideraba que esto era una caución de seguridad, en el sustento económico y arreglos residenciales. Sin embargo, el nuevo esquema demográfico ha producido un enorme cambio siendo ahora la estructura familiar pequeña, con menos hijos y con un aumento de la migración a otros lugares, por lo que se ha visto en aumento los adultos mayores viviendo solos, o acompañados en familias pequeñas con una capacidad menor para ser “autónomos, tener una participación en las actividades económicas y una mayor integración social.” (Chackiel, 2000)

En otros países se ha visto que los adultos mayores que se mantienen activos y siguen trabajando, tienen un mejor envejecimiento que quienes no lo hacen, siendo respetados y valorados por lo que estas pueden contribuir a la sociedad, por ejemplo en el proyecto Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía de la OMS, Parte 9. Respeto e inclusión social (Kalache Alexandre y Plouffe Louise 2007) se mencionan varios testimonios que sustentan este punto: “las personas mayores en Trípoli, Líbano indican muchos beneficios emergentes del trabajo continuado, incluyendo un ingreso, luchar contra la actitud de que las personas mayores son dependientes, y el mantenimiento de los contactos sociales.”

Se dice también que muchos adultos mayores quieren trabajar y buscan oportunidades de empleo sin suerte, “Las personas mayores en Amman, Jordania “ sugieren usar el tiempo y la experiencia de las personas mayores mientras tengan capacidad para de trabajar, y la provisión de incentivos para alentar la participación.” Es posible "ofrecer incentivos para empleadores que contratan a personas mayores, la existencia de programas de empleo patrocinados por el gobierno, la creación de asociaciones entre entes públicos y privados, y la contratación de personas de mayor edad para puestos

en el sector público” En Mayaguez, Puerto Rico, se menciona que entre los adultos mayores se observan un ausentismo bajo, y se resalta su puntualidad. (Kalache Alexandre y Plouffe Louise, 2007).

En el Distrito Metropolitano de Quito, existe un incentivo tributario para quienes empleen adultos mayores, pero muy pocos lugares lo hacen. En países desarrollados, existen políticas nacionales que favorecen el trabajo de las personas mayores y algunas de ellas incluso mencionan las compañías que promueven y valoran a los trabajadores de mayor edad.

Siendo un factor protector en nuestro estudio se lo debería recomendar, siempre y cuando sea seguro y permita la autonomía del adulto mayor, manteniéndolo activo y saludable. Las Naciones Unidas en su documento “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad” (ONU, 1995.) menciona dentro de los derechos del Adulto Mayor, cuatro derechos que son importantes de reconocerlos y respetarlos.

1. El Derecho al trabajo, los Gobiernos deberían patrocinar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo y la profesión; garantizando condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación y otorgando a los trabajadores adultos mayores, trabajo en los se les permitan compartir su experiencia y conocimientos.
2. El Derecho de protección de la familia, debe promoverse la creación de servicios sociales para apoyar a la familia con personas mayores en el hogar, y que se apliquen medidas especiales para las familias de bajos recursos que deseen mantener en su seno a las personas mayores.
3. El Derecho a un nivel de vida adecuado, promocionar medidas que permitan que las personas adultas mayores logren cubrir sus necesidades capitales de alimentación, ingresos, cuidados y autosuficiencia. Así como desarrollarse políticas que favorezcan el mejoramiento y la adaptación de sus viviendas para lograr permanencia en sus hogares.

4. El Derecho a la educación y la cultura para que desde el gobierno se incluya a los adultos mayores en programas educativos, y a poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes.

Al valorar a las personas adultas mayores resulta importante indagar sobre su situación socio-económica y su sensibilidad ante la independencia económica, ya que si lo procuramos activo y sintiéndose útil, los cambios de su envejecimiento podrían ser aceptados de mejor manera y se evitaría enfermedades como la depresión que al momento se estudia.

Analizando las variables clínico geriátricas mencionadas se aprecia la relación del registro de disminución de peso por los encuestados, y la presencia de depresión medida por el test de Yesavage, como se puede corroborar tanto en este como en otros estudios es uno de los síntomas más importantes en los estados depresivos instaurados, antes de valorar ésta relación se debe tomar en cuenta, como lo menciona Chávez-Medina, que en esta etapa de la vida también está presente “La anorexia fisiológica del envejecimiento que juega un papel importante en la pérdida de peso con la edad y hace a los gerontes muy vulnerables al desarrollo de la caquexia”, en un estudio prospectivo, en varones estadounidenses mayores de 65 años se describe que estos perdían un promedio de 0,5% de su peso corporal al año, y en el 13,1% del grupo se valoró una pérdida de peso de 4% anual o más; varios estudios adicionales han demostrado también que la pérdida de peso en adultos mayores se asocia con consecuencias en otros órganos y sistemas, así se puede tomar como ejemplo el cardiovascular, Chávez y Medina mencionan que en Estados Unidos, en un estudio prospectivo, se observó que pérdidas de peso iguales o mayores del 5% manifestaban a cuatro años de seguimiento un aumento significativo en la mortalidad (2,09 veces) en comparación con el grupo de peso estable. (Chávez-Medina 2011). Sin embargo en procesos depresivos ésta pérdida de peso es mayor, se habla incluso de hasta el 10%, como lo menciona en un estudio realizado en México por Ávila Funes y colaboradores, en estos pacientes se ve un consumo menor de productos lácteos, carne, pescado y aves, frutas y verduras, mostrándose una correlación inversa entre el puntaje obtenido en la EDG (Yesavage) por un lado y el número de comidas completas al día

($P < 0,01$) y la cantidad de líquido ingerido ($P < 0,01$) por el otro. (Ávila-Funes et al 2006)

De esta forma, la pérdida del apetito vinculada con el envejecimiento llevaría a la disminución del aporte de alimentos, que a su vez favorece múltiples cambios en la composición corporal, entre ellos la pérdida de la masa y la fuerza muscular; fenómenos que se han relacionado con el ánimo depresivo y la fragilidad. Fried refiere que existe un vínculo medible entre el agotamiento, la pérdida de peso involuntaria, el enlentecimiento motriz y la disminución de las actividades y los síntomas depresivos. (Fried et al 2005)

En la bibliografía se menciona también que aspectos como la soledad, el aislamiento familiar, la falta de cuidado y de redes de apoyo conducen en muchos casos a la depresión, (Tocón 1996); otro de los autores que menciona la relación entre los hábitos alimentarios y el estado emocional es Restrepo, quien refiere que la depresión afecta directamente el consumo de alimentos. (Restrepo 2006)

Todo este análisis nos lleva a inferir la necesidad de realizar una valoración nutricional y el screening subjetivo por parte del paciente de la pérdida de peso evidenciada, como parte de la práctica diaria en todo paciente geriátrico, no solo mediante el análisis del IMC como lo dice Calderón y Colaboradores, ya que menciona que no brinda muchos datos acerca del estado nutricional, y enfatiza que el realizar el MNA (realizado también es este estudio) se encuentra un número elevado de pacientes con un IMC corporal normal, con riesgo de malnutrición detectados con MNA. Por lo que sugiere aplicar al menos una vez al año la evaluación del estado nutricional del adulto mayor con MNA en la consulta de medicina familiar aun cuando estos tengan valores normales del IMC, y en individuos con malnutrición o con riesgo de malnutrición detectados con el MNA, complementar la evaluación del estado nutricional con la determinación de parámetros bioquímicos, inmunológicos, antropométricos y otros relativos a la ingesta calórica. (Calderón Reyes et al 2010)

Hablando de la dependencia funcional registrada tanto con el test de Barthel como en el Lawton/Brody en el adulto mayor, en el presente estudio al igual que en estudios como el de Ávila –Funes y colaboradores se muestra una fuerte relación entre la presencia de síntomas depresivos y dependencia, investigadores han descrito que esta dependencia se daría inicialmente en actividades instrumentales para posteriormente

interferir en la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). (Ávila-Funes 2007). Penninx y colaboradores señalaron que los síntomas depresivos aumentan el riesgo de desarrollar discapacidad para las ABVD y la movilidad (Penninx 1998).

En otros estudios como el de Monde se detalla que los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Encuentra además una relación fuerte entre las enfermedades crónicas con la dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas las enfermedades evaluadas fueron enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión. (Barrantes-Monge 2007)

En otros estudios como el realizado en siete ciudades de Latinoamérica (Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; Ciudad de La Habana, Cuba; México, D.F., México; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile, y São Paulo, Brasil.) se observa asociaciones más fuertes entre la dificultad para realizar AIVD, por un lado, y por el otro la depresión, mayor edad, la evaluación de la salud propia como mala y la presencia de ECV, artrosis o deterioro cognoscitivo. (Menéndez 2005)

Por tanto es necesario su reconocimiento sistemático durante la evaluación clínica del adulto mayor para prevenir dependencia o a su vez ver su relación con la presencia de depresión como se observa en la presente investigación.

Otras variables en las que hubo significancia estadística pero según las medidas de asociación valoradas fueron datos encontradas al azar fueron: el género, la presencia del Bono de desarrollo humano como parámetro de riesgo social, que en otros estudios si resultan significativas estadísticamente y relevantes (Rodríguez García et al 2009, Toro et al 2014, Alvarado et al 2007, Guerra et al 2009, Guzmán, Gutierrez et al 2008, Castro et al 2007) en el presente estudio por la homogeneidad de la población y el número extenso de variables se pudieron interpolar efectos, siendo un factor para que se hayan obtenido estos resultados.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los datos analizados nos permiten aceptar la hipótesis nula en el presente estudio
- Las redes de apoyo externas tienen un mayor peso sobre las intrafamiliares, ya que la falta de estas representan un factor de riesgo muy significativo en el desarrollo de depresión, por lo que sería importante prescribir las asociaciones de pares para mejorar la calidad de vida en el Adulto Mayor.
- Parte del envejecimiento saludable recomendado por la OMS es el mantener a los adultos mayores activos, el encontrar lugares donde puedan hacer uso de sus conocimientos y experiencia laboral, beneficiaría para la sociedad, como se ve en países desarrollados. Sabiendo la realidad nacional el procurar la independencia económica del adulto mayor ayuda a prevenir depresión, en medida de lo posible precautelando su seguridad física y emocional.
- Muchas de las variables planteadas en el estudio sirven para medir lo mismo, por lo que al hacer el análisis es difícil relacionarlas, se solapan unas con otras, y los datos se vuelven demasiado amplios, por tanto sería conveniente en un nuevo estudio incluir menos variables para obtener resultados más objetivos. Así podemos mencionar por ejemplo al valorar independencia los test de Barthel y Lawton/Brody, la convivencia con el estado civil.
- La frecuencia de depresión menor y sintomatología depresiva alta debe ser valorada de manera independiente, ya que la una opaca a la otra, y recordando que las clasificaciones tanto para Yesavage como para Hamilton son diferentes, en el estudio hubo dificultad para definir las, por lo que al valorar los diagnósticos no son definitivos, es mejor basarse en la clínica antes que en la estadística, la mayoría

de los adultos mayores sugirieron una sintomatología de depresión mayor con Hamilton teniendo un diagnóstico de depresión menor en Yesavage.

- Se recomienda un estudio con grupos de variables en una población más grande y de preferencia una cohorte con grupos sociodemográficos diferentes en características
- Se recomienda realizar un estudio donde se valore solo la sintomatología depresiva sin un diagnóstico previo de depresión, para analizar las diferencias y su relación con los factores analizados en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Salvarezza Leopoldo: Psicogeriatría Teoría y Clínica. Editorial Paidós Buenos Aires Argentina, 1996. Capítulo 3 Las Depresiones en la Vejez pp 54-100
- Fernández Ballesteros Rocío: PsicoGerontología Perspectivas europeas para un mundo que envejece. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya) Madrid España 2009, Cap 3 Identidad y edad pp 65-87; Cap 4 Relaciones persona – ambiente pp 87 – 106, Cap 6 Afecto y Emociones pp 127-153, Cap Cambio demográfico, la necesidad de cuidado es y el papel de los mayores pp 243 – 257. Cap 14 Hacia una teoría del envejecimiento con éxito. Selección, Optimización y Compensación pp 311 - 329.
- Yuste Rossell, Rubio Herrera Ramona y Rico Manuel Aleixandre: Introducción a la Psicogerontología. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A.). Madrid España 2004.
- Douglas C. Nance: Depresión En El Adulto Mayor. Instituto de Geriatria de México, revisión bibliográfica 2010, pp 239 – 248, Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
- Bobes J, Portilla M.P.G, Bascarán M.T., Sainz P.A., Bousoño M. : Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. ARS medical Barcelona España, 2da edición 2004. Recuperado de: <http://documents.tips/documents/0-banco-de-instrumentos-basicos-para-la-practica-de-la-psiquiatria-clinica-2002.html>
- Cortez Andrade Ricardo Esteban: Relación Entre Niveles De Funcionalidad Y Depresión En Pacientes Mayores De 60 Años Ingresados En El Hospital Metropolitano Durante El Período De Mayo A Agosto Del 2007, Tesis PUCE.
- Andrade Trujillo Catherine Alexandra: Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011. Tesis, ESPOCH
- Larrea María José Naranjo Felipe: Comparar La Presencia De Depresión En Adultos Mayores De 60 Años Que Habiten En Hogares Geriátricos Privados Y Públicos, En El Mes De Noviembre De 2011. Tesis PUCE.
- Magno de Carvalho y Andrade, 2000, citado por Morales Víctor Hugo: La Población adulto mayor en la ciudad de Quito. Estudio de la situación

sociodemográfica y socioeconómica. 2008, Recuperado de:
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=393&lang=ki

- Viveros Alberto: Envejecimiento y Vejez: propuestas para la formulación de políticas públicas y fomento de acciones desde la sociedad civil en América Latina y el Caribe, 2001. Recuperado de:
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN005.pdf>
- Grupo de Trabajo: Ley Especial del Anciano No. 127 R.O. 806 6- Xi - 91 Reglamento y Legislación Conexa, Constitución del Ecuador 1999. Recuperado de
<http://www.etapa.net.ec/Portals/0/Ley%20de%20Transparencia/Ley%20del%20Anciano.pdf>
- Lasagni Colombo, Viviana X.; Rodríguez Bessolo, María Soledad ; Bernal Angarita, Roberto ; Tuzzo Gatto, María del Rosario ; Heredia Calderón, Dalila ; Muñoz Miranda, Lenny M. ; Palermo Guinazu, Norma ; Torrealba Gutiérrez, Luynés M. ; Crespo Tarifa, Elizabeth .; Gavira, Gladys; Palacios, Marcelina, Villarroel Campos, Corina Inés; Fahmy, Walid Makin; Charamelo Baietti, Ana, Díaz Veiga, Pura: Estereotipos hacia la Vejez en Adultos Mayores y en Estudiantes Universitarios en diez países de América Latina, Abril 2012, Recuperado de:
http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/INVESTIGACION_ESTEREOTIPOS_HACIA_LA_VEJEZ_EN_AMERICA_LATINA_2012.pdf
- Dionne Espinosa María Fernanda: centros de recreación del Adulto Mayor, Cap 1 El Adulto Mayor, México 2004 Recuperado de:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
- Grupo de trabajo: García Pulgarín Lena Verónica, García Ortiz Luis Hernando, Grupo de Psicogeriatría Clínica de la Memoria, y Grupo del Centro Integral del Envejecimiento Santa María de los Álamos: Adulto mayor maduro: condiciones actuales de vida -2005. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5030408.pdf>

- OMS 2005, envejecimiento, Recuperado de: www.who.int/topic/ageing/es/
- Grupo de trabajo, Cepal: Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2014 Recuperado de: <http://www.telegrafo.com.ec/images/eltelegrafo/Economia/2015/03-02-15-Anuario-Estadistico-ALC-2014.pdf>
- Velázquez Argot Juana Mercedes: Supervivencia excepcional y longevidad satisfactoria: Un enfoque desde la Bioética, ISSN 1657-4702 / Volumen 9 / Número 2 / Edición 17 / Páginas 86-91 / 2009. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v9n2/v9n2a07.pdf>
- Rodríguez-Pardo del Castillo José Miguel: El riesgo de longevidad en las personas centenarias. Gerencia de Riesgos y Seguros N° 111—2011. Recuperado de: https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1067930
- Morales Víctor Hugo: La Población adulto mayor en la ciudad de Quito. Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. 2008, Recuperado de: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=393&lang=ki
- Matilla Rosa: La Depresión en el Anciano 2008, Recuperado de: http://www.mercaba.org/FICHAS/Anciano/depresion_anciano.htm
- Casanova C., Delgado S, Estéves S. El médico de familia y la depresión del adulto mayor. 2009 - Biomedicina, 2009 – pdf. Biomedicina, ISSN-e 1688-2504, ISSN 1510-9747, Vol. 4, N°. 1, 2009, págs. 24-31. Recuperado de: http://scholar.google.com.ec/scholar?hl=es&q=depresion+en+el+adulto+mayor&lr=&as_ylo=2009&as_vis=0- consultado 8 junio 2010
- Aguirre Baztán Ángel: Antropología de la depresión. Revista Malestar e Subjetivida de Fortaleza. Vol. VIII – N° 3 – p. 563-601 – set/2008 Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n3/02.pdf>
- Capuñay J, Figueroa M, Varela L Depresión en el adulto mayor Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional

- Cayetano Heredia. Rev. Med Hered 19%; 7: 172-7. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n4/v7n4ao4.pdf>
- Dechent Claudia: Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. Rev Hosp Clín Univ Chile 2008; 19: 339 – 46. Recuperado de: http://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/depresion_geriatrica.pdf
 - Alexopoulou GS, Buckwalterb K, Olinic J, Martinezd R, Wainscotte C, Krishnan KR. Comorbidity of late-life depression: an opportunity for research in mechanism and treatment. Biol Psychiatry 2002;52:543-58 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12361668>
 - Chapman DP., Perry GS. Depression as a most component of public health for older adults. PrevChronicDis 2008. [En línea]. Recuperado de: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm.
 - OMS 2012, La Depresión. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
 - Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima C, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. Br J Psychiatry 2007; 191: 393–401. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=17978318>
 - Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, et al. Development of the EURO–D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. Br J Psychiatry 1999; 174:330–8. 18. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/174/4/330>
 - Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. World Psychiatry 2004; 3: 45–9. 19. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414664/>
 - Alvarado BE, Zunzunegui MV, Beland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. J Gerontol B PsycholSci Soc Sci 2007; 62:S226–

36. 21. Recuperado de:
<http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=17673536>
- Guerra M, Ferri C, Sosa AL, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population based study. Br J Psychiatry 2009;195:510-151) Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/195/6/510.long>
 - Becerra Pino Margarita: Depresión en el Adulto Mayor. 2013. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf
 - Aguilar S. y Ávila JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. 2006- artículo. Recuperado de: www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf.
 - Martínez-Mendoza Jesús Alfonso, Martínez-Ordaz Verónica Araceli, Esquivel-Molina Carlos Gerardo, Víctor Velasco-Rodríguez Manuel: Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28. Recuperado de: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A91.pdf
 - Riquelme Marín A., Buendía Vidal J. Ruiz Hernández J. A: Estructura diferencial de la depresión en ancianos. Psiquis, 2004; 25 (3): 108-1 21. Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Jose_Ruiz_Hernandez/publication/28172224_Estructura_diferencial_de_la_depresin_de_ancianos/links/00b495277deecbe326000000.pdf
 - Riquelme Antonio, Ortigosa Quiles Juan Manuel, Martín Marta, Quiñones Angélica: Depresión y Envejecimiento: Algunas cuestiones de interés respecto a la investigación epidemiológica. Revista multidisciplinar de gerontología, ISSN 1139-0921, Vol. 18, N°. 2, 2008, págs. 76-80. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/277011645_Depresin_y_Envejecimiento_Algunas_cuestiones_de_inters_respecto_a_la_investigacin_epidemiologica

- Grupo de trabajo, Encuesta SABE, 2009. INEC. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Esta_sociales/adulto_mayor/Manual_Encuestador_SABE-I.pdf
- Portilla Franco M. E. , Gil P. Gregorio : Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, ISSN 0304-5412, Serie 11, N°. 62, 2014, págs. 3714-3719. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4888594>
- Grupo de trabajo coordinados por Gregorio Gil y Carrasco Manuel: Guía de buena práctica clínica en geriatría, depresión y ansiedad, 2004, Recuperado de: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAAahUKEwibm4TlvJHJAhUGeSYKHenYA8M&url=https%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Fdownload.asp%3Ffile%3Dmedia%2Fdescargas%2FCentrosDia%2FguiaDepresionAnsiedad.pdf&usg=AFQjCNFFYcNspMEk4IRcWnAEXCgRQZBwVg&sig2=v2tHrcN0WrI0KS2nQiS59A&bvm=bv.107467506,d.eWE>
- Grupo de Trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. 2010. Recuperado de: www.fisterra.com/guias2/depresion.asp.
- Toro Ronald; Vargas Julio; Murcia Sandra, Gaitán Natalia, Umbarila Daniela y Sarmiento Kelly: Depresión Mayor en Adultez Tardía: Factores Causales y Orientaciones para el Tratamiento, Revista Vanguardia Psicológica / Año 4 / Volumen 4 / Numero 2, septiembre-marzo / pp. 147-153 / ISSN 2216-0701, 2014 Dialnet, Recuperado de: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAAahUKEwi6iM6erJTJAhUC6iYKHe_JDdA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4815168.pdf&usg=AFQjCNFTdJa5h2jRoVWiMOJhh6sFpeLhDw&sig2=4qmkmagmhJYdF8uVutjKoQ

- Ramos Quiroga JA, Díaz Pérez A. Tratamiento actual de la depresión en el anciano. Jano. 2001;61:49-59. Recuperado de: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1402/49/1v61n1402a13019492pdf001>.
- Agüera-Ortiz Luis F., Losa Rosario, Goez Luisa, Gilaberte Inmaculada: Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico Psicogeriatría 2011; 3 (1): 1-8. Recuperado de: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO_0301_001_R_2611002_Aguera.pdf
- Grupo de Recomendaciones en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid. Criterios para la utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Agosto 2011. 24 p. (Criterios; no. 2). ISSN: 2174-405X. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142668339980&language=es&pageName=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024
- Angora-Cañego Ricardo, Esquinas-Requena José L., Agüera-Ortiz Luis F.: Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. Psicogeriatría 2012; 4 (1): 1-19. Recuperado de: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0401/401_0001_0019.pdf
- MIES, Grupo de trabajo: proyectos de trabajo con el adulto mayor, 2009 – 2010. Recuperado de: <http://www.inclusion.gob.ec/>
- Becerra Pino Margarita, Alexopoulos GS., Katz IR., Reynolds CF: Depresión en el Adulto Mayor, Pharmacotherapy of depression in older people: a summary of the expert consensus guidelines. J Psychiatr Pract 2001;7:361-376. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf
- Álvarez Yáñez P. (CP) Normas Y Protocolos De Atención De Salud Integral Del Adulto Mayor. Quito, Ecuador. Mayo 2010 (Primer nivel de atención con enfoque de promoción y prevención). Recuperado de: www.msp.gov.ec y en

<http://es.scribd.com/doc/74570606/Normas-y-Protocolos-ADULTO-MAYOR#scribd>

- Sánchez Isis Yvonne, Castañeda González: Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva. Centro de Investigaciones sobre Envejecimiento, Longevidad y Salud. Geroinfo, Publicación de Gerontología y Geriatria. RNPS. 21 10. Vol. 3. 2008. Recuperado de:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo_depresion.pdf

- Darlene D. Pedersen: Notas de psiquiatría Notas de psiquiatría Traducción: Erika Jasso Hernan D´Borneville Tercera edición, 2013, respecto a la primera edición en español por, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V. México, D. F Recuperado de:

https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjABahUKEwjgMP_lPzIAhXK1x4KHXRMCoM&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4803025.pdf&usq=AFQjCNF4icWa0AQIVo3IrGLXBdnGj2UmPg&sig2=U1pAC2nKKJnhIrLM9x8B8Q

- Caballero Martínez Luis y Caballero Martínez Fernando: Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria Luis, JANO EXTRA DE OCTUBRE DE 2008. N.º 1.714, pp 15-29. Recuperado de: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029_LR.pdf
- Aguilar S. y Ávila. JA: La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. 2006. Recuperado de: www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf.
- Ayuso Gutiérrez J. L.: LA DEPRESIÓN SENIL: ASPECTOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS. ARTÍCULO ORIGINAL Año II • Número 2 2002. Recuperado de: www.grupoaulamedica.com/aula/saludmental/0202.pdf
- Pino Margarita: Depresión en el Adulto Mayor. 2013. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf

- Grupo de trabajo: Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión. 2008:103-108. Recuperado de: <http://www.psiquiatriasapm.org.mx/PDF/GuiaClinicaDepresion.pdf>
- Grupo de trabajo coordinados por Cervera Gaspar: Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos 2011, 2da edición, Recuperado de: http://clinica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf
- Santander J.: Sección II, Capítulo 6 Depresión en el Adulto Mayor. Citado por Grupo de trabajo, editor Dr. Pedro Paulo Marín Larraín: Manual de Geriatria y Gerontología 2000, Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Depresion.pdf>
- Martínez J, Onís MC, et al. Citado por Margarita Becerra Pino Depresión en el Adulto Mayor. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. España. 2002; 12(10):26-40. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf
- Guerra-Prado Delio y Vega Piñero Miguel: Seudodemencia depresiva: implicaciones clínico terapéuticas José Manuel Barjau Romero, Med Clin (Barc) 2001; 117: 703-708. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13022701&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=25&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v117n18a13022701pdf001.pdf
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, GS, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with “reversible dementia”: a controlled study. Am J Psychiatry 1993;150:1693-9. 18. Recuperado de: http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.150.11.1693?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
- Kral VA, Emery OB. Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. Can J Psychiatry 1989;34:445-6. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2766198>

- Alexopoulos GS, Young RC, Abrams RC, Meyers B, Shamoian CA. Chronicity and relapse in geriatric depression. *Biol Psychiatry* 1989;26:551-64. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0006322389900802>
- Sáez-Fonseca JA, Lee L, Walter Z. Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. *J Affect Disord* 2007;101:123-9. 346 *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* Recuperado de: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165-0327\(06\)00482-4](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165-0327(06)00482-4)
- Jorn AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 776-81. Recuperado de: <http://anp.sagepub.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=11990888>
- Dechent Claudia: Depresión geriátrica y trastornos cognitivos R *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2008; 19: 339 – 46 Recuperado de: http://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/depresion_geriatrica.pdf
- Alarcón Velandia Rafael: A propósito de la pseudodemencia y la depresión de inicio tardío en los estados demenciales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIII / No. 4 / 2004. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33n4/v33n4a04.pdf>
- Rodríguez Lidia, Sotolongo Olga, Luberta Gladys, Calvo Marina: Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra" *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013; 29(1):64-75. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_1_13/mgi09113.htm
- Rodríguez García M, Boris Savigne D, Rodríguez Obré O, Rodríguez Arias OD. Algunos aspectos clínico epidemiológicos de la depresión en la ancianidad *MEDISAN* 2009;13(5) Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san01509.htm.

- Chunchilla Moreno a.: La depresión y sus máscaras. Aspectos Terapéuticos. Tomo 2. Primera edición – Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2011, capítulo 9, pp261 -338
- González Martha: Depresión En Ancianos: Un Problema De Todos. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(4):316-20. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi02401.htm
- Sánchez Ysis Yvonne, López Ana, Calvo Marina, Noriega Lisseth, López Jorge: Depresión y Deterioro Cognitivo. Estudio Basado en la Población Mayor de 65 Años, 2007. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400008
- Aguilar-Navarro y Ávila-Funes: La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor, Gac Méd Méx Vol. 143 No. 2, 2007: 141-148. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Lenze EJ, Munin MC, Ferrel RE, Pollock BG, Skidmore E, Lotrich F: Association Transporter Gene-Linked Polymorphic Region (5-HTTLPR) Genotype with Depression in Elderly Person After Hip Fracture. Am, J. Geriatr Psychiatry 2005;13:15. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112614328> citado por Aguilar-Navarro y Ávila-Funes 2007
- Zill P, Padberg F, De Jonge S, Hampel H, Bürger K, Stübner S, Serotonin transporter (5-HTT) gene polymorphism in psychogeriatric patients. Neurosci Lett. 2000;284:114-115. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304394000009940> citado por Aguilar-Navarro y Ávila-Funes 2007
- García Serrano M.J. y Tobías Ferrer J.: Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo, Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 7. 30 de abril 2001, pp 484 – 488. Capítulo 15 trastornos de estado de ánimo: Kaplan – Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 10ma Edición. Pp: 527-534.

Editorial Lippincott, Williams y Wilkins. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/bahulasva/kapaln-ysadock>

- Ocampo José Mauricio, Romero Nhora, Saa Héctor A., Julián A. Herrera, Reyes-Ortiz Carlos A.: Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia 2001 Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28337905>
- Duran Badilla Tirso, Aguilar Hernández Rosa, Martínez Aguilar Ma de la Luz, Gutierrez Sánchez, Salazar Gonzalez Bertha: Asociación de velocidad de marcha y síntomas depresivos en adultos mayores de una comunidad urbano marginal, 2011, desarrollo científico enferm Vol 19 N2 marzo 2011. Recuperado de: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-044.pdf>
- San Martín Vergara Constanza, Wistuba Latorre Daniela, Determinación de Validez y confiabilidad de balance evaluation system test en adultos mayores de la comunidad de Valdivia - Chile 2011, Tesis para optar al Grado de Licenciado en Kinesiología. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fms196d/doc/fms196d.pdf>
- Steffen T, Hacker T, Mollinger L 2002: Age and Gender related test performance in community Dwelling Elderly people, Six Minutes Walk test, Berg Balance Scale, Timed up and go test, and gait speeds. Physical Therapy 82 (2) 128 – 137. Recuperado de: <http://www.ptjournal.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=11856064>
- Cerda Lorena: Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Management of gait disorders in the elderly [REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(2) 265-275. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90312987&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=21&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n02a90312987pdf001.pdf
- Stel V, Smith J, Plujim S, Lips P, 2004: Consequences of falling in older men and women and risk factor for health service use and functional decline. Age

- and Ageing 33(1) 58 – 65. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), editor. Health care guideline: major depression in adults in primary care. 9th ed. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; (ICSI); 2004. Recuperado de: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/1/58.long>
- Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(4):647-57. Recuperado de: <http://content.apa.org/journals/ccp/73/4/647>
 - Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry* 2005;66(4):455-68. Recuperado de: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10001270>
 - Espinosa-Aguilar Amilcar, Caraveo-Anduaga Jorge, Zamora-Olvera, Miguel, Arronte-Rosales Alicia, Krug-Llamas Ernesto, Olivares-Santos Roberto, Reyes-Morales Hortensia, Tapia-García Mario, García-González José, Doubova Svetlana, Peña-Valdovinos Abel: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores. *Revista Salud Mental*, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007 medigraphic Artemeni Isínaea. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230610>
 - Blazer Dan y Hybels Celiaf: Depression in later life: Psychological Medicine, 2005, 35, 1–12. f 2005 Cambridge University Press DOI: 10.1017/S0033291705004411 Origins of Depression in later life. Recuperado de: <http://www.public-health.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/OriginsofDepressioninLaterLife.pdf>
 - Murillo González, Ana Cecilia y Gutiérrez, Ilse. (2008). Situación de las Redes Sociales de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM. Citado por Grupo de autores, I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, Capítulo 5 Redes de

- apoyo social. Recuperado de:
http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf
- Grupo de Trabajo CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) Redes de apoyo social a las personas mayores 2002, Recuperado de:
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/11497/jmguzman.pdf>
 - Guzmán José et al: Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. CEPAL, diciembre 2002, Recuperado de:
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/11497/JMGuzman.pdf>
 - OMS 2010, La depresión. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
 - Guzmán Pantoja JE, Gutiérrez Roman EA, Valadez Toscano FJ, Valadez Toscano CE, Cabrera Pivaral CE, Robles Romero MA, Yanez Ortega Prevalencia de Depresión y su Relación con la Estructura y Funcionalidad Familiar en el Paciente Geriátrico 2008. Recuperado de:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/15%282%29.pdf>
 - Tuesca-Molina Rafael, Fierro Herrera Norma, Molinares Sosa Alexandra, Oviedo Martínez Fernando, Polo Arjona Yesid, Polo Cueto José et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas: Baranquilla, Colombia. Rev. Esp. Salud Pública 2003 Oct; 77(5): 595-604. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500008&lng=es.
 - Grupo de Trabajo: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, sección: El Adulto Mayor, cuántos son, Septiembre 2014 Recuperado de:
<http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
 - Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas del Ministerio de Inclusión Económica y Social (INIGER-MIES) Transferencias generacionales y envejecimiento de la población: Bono demográfico”. 2012, <http://www.inclusion.gob.ec/ecuador-lidera-investigaciones-sobre-adultos-mayores/>

- Kalache Alexandre y Plouffe Louise: Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía, Parte 9. Respeto e inclusión social. Organización Mundial de la Salud, 2007, <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
- Chackiel Juan: El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas LC/L.1411-P ISBN: 92-1-321634-3. 2000. Recuperado de: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/92.pdf
- Papadópulos Jorge y Falkin Leonardo: Documento conceptual: personas adultas mayores y dependencia. Dimensionamiento de necesidades en materia de cuidados y alternativas de incorporación de servicios y población. 2013. Recuperado de http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento_de_personas_adultas_mayores_-_sistema_de_cuidados.pdf
- Huenchuan, Sandra, Fassio Adriana, Sergio Antonio, Osorio Paulina, Miño Worobiej Ariel, Batthyany Karina, Berriel Fernando, Carbajal María, Ciarniello Maite, Lladó Mónica, Paredes Mariana, 2010. Envejecimiento y Género: Acercamiento a la Situación de las Mujeres Mayores en América Latina y a las Recomendaciones Internacionales en el Tema. Conferencia presentada en Coloquio de expertos: ENVEJECIMIENTO GÉNERO POLÍTICAS PÚBLICAS. Montevideo, Núcleo Interdisciplinario sobre la Vejez y el Envejecimiento. Universidad de la República- UNFPA. Recuperado de: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/15_file1.pdf
- Rodríguez-Piñero Luis y Huenchuan Sandra: Los derechos de las personas mayores Materiales de estudio y divulgación, Módulo 2 Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas 2011 Recuperado de:

http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/4/43684/Modulo_2.pdf

- Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care- a systematic review. *Fam Pract* 2001; 18:321-7 Recuperado de: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/18/3/321.short>
- Grupo de trabajo: Depresión en el Adulto Mayor: Manejo y Prevención de la Depresión en el Adulto Mayor 2014 Recuperado de: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/100114163853.pdf>
- Patiño Villada Fredy Alonso Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. 2006 Recuperado de: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/043-Depresion.pdf>
- Hernández Z. Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/jubilados.html>. Consultado: 10 de junio de 2005. Hernández Z. Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados. En: Congreso Internacional de Psicología y Encuentro de Egresados. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2004 [acceso 10 de junio de 2005]. Recuperado de: <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/jubilados.html>
- Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. Salud mental en la tercera edad: encuesta a jubilados. *Rev Méd IMSS*. 1999; 37(4): 273-278. *Rev. méd. IMSS*; 37(4):273-8, jul.-ago. 1999. tab. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=276956&indexSearch=ID>
- Grupo de trabajo: Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos: Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México Apuntes para un diagnóstico, (2008) capítulo Ecuador pp185-199, Recuperado de: http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_pe

rsonas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf

- Paredes Mejía Sara Alejandra: El Bienestar Psicológico del Adulto Mayor. Estudio Realizado con los Integrantes del Grupo del Ceam En Pifo, 2010, Tesis previa a la obtención del título de Psicología, Universidad Salesiana. Recuperado de: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/903/15/UPS-QT00269.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”, Observación general No 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, 1995. Recuperado de: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/4/43684/Modulo_2.pdf
- Méndez y Cruz, 2008 citado en el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html>
- Román Juan; Flores José Miguel; García María Pilar; Torres Luis; Torrubias Rosa María: Síntomas Depresivos En Personas Mayores. Prevalencia y Factores Asociados. Gaceta Sanitaria Versión Impresa ISSN 0213-9111 Gac Sanit V.21 N.1 Barcelona Ene.-Feb. 2007. Recuperado De: http://Scielo.Isciii.Es/Scielo.Php?Pid=S0213-91112007000100008&Script=Sci_Arttext
- López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2005.
- Toro Ronald; Vargas Julio; Murcia Sandra, Gaitán Natalia, Umbarila Daniela y Kelly Sarmiento: Depresión Mayor en Adultez Tardía: Factores Causales y Orientaciones para el Tratamiento 2014. * Revista Vanguardia Psicológica / Año 4 / Volumen 4 / Numero 2, septiembre-marzo / pp. 147-153 / ISSN 2216-0701. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815168>

- Villanueva Egan Luis Alberto: Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González Vol 3, No. 3 Julio-Septiembre 2000. Págs. 107-114. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2000/gg003d.pdf>
- Chávez- Medina Denise Rocio: Anorexia y desnutrición en el adulto mayor. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Rev Soc Peru Med Interna 2011; vol 24 (II) Págs. 71-80. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/publication/259842641_Revista_de_la_Sociedad_Peruana_de_Medicina_Interna#page=19
- Ávila-Funes José Alberto, Melano-Carranza Efrén, Payette Hélène, Amieva Hélène: Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Publica Mex / vol.49, no.5, 2007;49:367-375. Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n5/a07v49n5.pdf>
- Fried LP, Hadley EC, Walston JD, Newman A, Guralnik JM, Studenski S, et al. From bedside to bench: research agenda for frailty. Sci Aging Knowledge Environ 2005;pe24. Recuperado de:
<http://sageke.sciencemag.org/cgi/content/full/2005/31/pe24> citado por Ávila-Funes 2007
- Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(5):321–30. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n5/a05v19n5.pdf>
- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):353–61. Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
- Restrepo M, Sandra Lucia, Morales G, Rosa María, Ramírez G, Martha Cecilia, López L, Maria Victoria, & Varela L, Luz Estela. (2006). Nutritional Habits In Senior Adults And Its Relationship With Protective Or Deteriorating Effects In Health. Revista chilena de nutrición, 33(3), 500-510. Recuperado en

07 de diciembre de 2015, de
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es&tlng=en. 10.4067/S0717-75182006000500006.

- Tocón Rodríguez, R: Valoración del anciano en la sociedad actual -.; Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Jornadas (4ª. 1996. Tenerife); Gerokomos 1997 ; VIII(21) : 127-131 citada por Restrepo 2006
- Castro LM, Ramírez ZS, Aguilar MLV, Díaz de AVM: Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. 2007. Páginas: 132-137 Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=14910>
- Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A.

Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos.

Salud Publica Mex 2007;49 supl 4:S459-S466. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a04.pdf>

- Calderón Reyes M. E., , Ibarra Ramírez F., García J., Gómez Alonso. Y Rodríguez-Orozco A. R: Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. Nutr Hosp. 2010;25(4):669-675 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. DOI:10.3305/nh.2010.25.4.4503. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n4/original17.pdf>
- Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Deeg DJ, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. JAMA 1998;279:1720-1726. Recuperado de: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=187598>
- López Rubén, Mancilla Eladio, Villalobos Alicia, Herrera Patricio: Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor, 2012 recuperado de : <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>

ANEXOS

ANEXO N.- 1: ECUADOR: PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR AÑOS EN EDADES SIMPLES PERÍODO 2010 - 2020

AÑOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TOTAL	15.012.228	15.266.431	15.520.973	15.774.749	16.027.466	16.278.844	16.528.730	16.776.977	17.023.408	17.267.986	17.510.643
EDADES											
65	71.792	74.313	76.958	79.735	82.645	85.719	88.958	92.342	95.857	99.497	103.234
66	68.286	70.653	73.155	75.777	78.531	81.420	84.468	87.681	91.041	94.527	98.132
67	64.882	67.102	69.443	71.924	74.521	77.244	80.108	83.127	86.307	89.629	93.083
68	61.570	63.638	65.836	68.153	70.608	73.178	75.872	78.704	81.690	84.838	88.124
69	58.359	60.264	62.307	64.482	66.777	69.208	71.751	74.416	77.214	80.170	83.281
70	55.222	56.987	58.877	60.893	63.042	65.306	67.706	70.217	72.847	75.604	78.522
71	52.166	53.781	55.524	57.388	59.379	61.501	63.733	66.096	68.572	71.158	73.878
72	49.211	50.663	52.257	53.974	55.815	57.774	59.863	62.059	64.385	66.820	69.365
73	46.367	47.639	49.073	50.647	52.341	54.148	56.075	58.128	60.290	62.565	64.958
74	43.618	44.720	45.975	47.386	48.930	50.592	52.366	54.256	56.265	58.383	60.619
75	40.940	41.887	42.976	44.212	45.600	47.112	48.742	50.473	52.319	54.284	56.356
76	38.313	39.131	40.069	41.136	42.347	43.709	45.191	46.777	48.467	50.268	52.184
77	35.733	36.420	37.231	38.150	39.199	40.388	41.713	43.161	44.706	46.349	48.104
78	33.208	33.756	34.440	35.238	36.140	37.163	38.325	39.616	41.025	42.523	44.111
79	30.748	31.164	31.711	32.384	33.166	34.047	35.043	36.165	37.420	38.779	40.222
80	28.347	28.641	29.057	29.599	30.262	31.023	31.876	32.840	33.925	35.132	36.434
81	26.003	26.186	26.487	26.901	27.432	28.077	28.818	29.638	30.561	31.603	32.753
82	23.712	23.807	24.004	24.306	24.712	25.225	25.847	26.554	27.339	28.217	29.206
83	21.483	21.494	21.609	21.814	22.116	22.509	23.004	23.592	24.261	25.003	25.833
84	19.323	19.271	19.306	19.432	19.645	19.939	20.317	20.787	21.345	21.973	22.671
85	17.267	17.144	17.121	17.176	17.315	17.518	17.803	18.160	18.601	19.124	19.707
86	15.329	15.147	15.057	15.055	15.124	15.263	15.463	15.731	16.063	16.473	16.957
87	13.503	13.274	13.136	13.075	13.094	13.173	13.310	13.501	13.749	14.053	14.426
88	11.808	11.544	11.364	11.258	11.223	11.256	11.340	11.473	11.650	11.876	12.151
89	10.244	9.957	9.751	9.616	9.542	9.523	9.560	9.643	9.768	9.931	10.135
90	8.821	8.520	8.297	8.135	8.031	7.977	7.975	8.015	8.092	8.203	8.347
91	7.588	7.230	6.994	6.821	6.693	6.612	6.573	6.572	6.615	6.685	6.782
92	6.513	6.121	5.843	5.658	5.521	5.416	5.352	5.330	5.334	5.371	5.430
93	5.560	5.158	4.853	4.636	4.490	4.384	4.303	4.255	4.238	4.242	4.269
94	4.715	4.317	4.005	3.775	3.612	3.499	3.421	3.357	3.320	3.306	3.309
95	3.963	3.574	3.282	3.051	2.871	2.748	2.665	2.603	2.552	2.525	2.514
96	3.313	2.936	2.651	2.434	2.261	2.129	2.040	1.981	1.935	1.897	1.875
97	2.775	2.389	2.121	1.915	1.762	1.635	1.544	1.479	1.435	1.400	1.370
98	2.331	1.952	1.681	1.492	1.351	1.240	1.150	1.085	1.040	1.006	985
99	1.951	1.590	1.335	1.151	1.022	923	850	789	742	712	689
100	1.330	786	639	542	467	413	369	341	316	297	281
TOTAL	986.294	1.003.156	1.024.425	1.049.321	1.077.587	1.108.991	1.143.494	1.180.944	1.221.286	1.264.423	1.310.297
Porcentaje de la Población	6,57	6,57	6,60	6,65	6,72	6,81	6,92	7,04	7,17	7,32	7,48

Fuente: Proyección Poblacional Ecuador 2010 - 2020, recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gub.ec/proyecciones-poblacionales/>

ANEXO N.- 2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN DSM IV TR y DSM-V

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR		
	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DSM IV TR	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DSM V
A	Cinco o más de los siguientes síntomas en el lapso de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo, por lo menos uno de los síntomas es estado depresivo o pérdida de interés o placer.	4 o más de los siguientes síntomas en el lapso de de dos semanas precisas representando un cambio respecto al funcionamiento previo, que incluyan estado depresivo o pérdida de interés o placer.
	1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.	
	2. Marcada disminución del interés o placer en todas, o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.	
	3. Pérdida significativa de peso sin estar en dieta, o aumento significativo, o disminución o aumento de apetito casi todos los días	
	4. Insomnio o Hipersomnia casi todos los días	
	5. Agitación o Retraso psicomotriz casi todos los días	
	6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días	
	7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autoreproches o culpa de estar enfermo)	
	8. Menos capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros)	
	9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento autolítico o un plan específico de suicidio.	
B	Los síntomas no cumplen con criterios de un episodio mixto.	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.	El episodio no es atribuido a una condición médica o al uso de sustancias adictivas

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR		
	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DSM IV TR	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DSM V
D	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo una droga de abuso o una medicación), ni a una enfermedad médica (por ej: hipotiroidismo)	El episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrénico, delirante u otro trastorno específico, ni ninguno del espectro de las esquizofrenias o psicótico
E	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.	No ha presentado en el pasado ningún episodio maniaco o hipomaniaco previo.
	Fuente: American Psychiatric Association, DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_7_Criterios_%20diagnosticos_segun_la_DSM-IV-TR.pdf	Fuente: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html
		NOTA: El duelo, pérdida económica o por un desastre natural o enfermedad terminal deberá ser considerado cuidadosamente tomando en cuenta las normas culturales y si estas manifestaciones se consideran acordes en proporción y apropiadas a la pérdida

ANEXO N. 3 METABOLISMO ENZIMA CITOCROMO P450, LISTADOS STOPP / STAR 2014 Y PRIUS 2010

Citocromos P-450 más relevantes implicados de forma predominante o parcialmente en el metabolismo de fármacos así como sustratos e inhibidores más representativos de los diferentes enzimas		
ENZIMA	SUSTRATO	INHIBIDORES
CYP1A2	Antidepresivos: Amitriptilina, Clomipramida, Fluvoxamina, Imipramina, Mianserina, Mirtazapina. Antipsicóticos: Clozapina, Haloperidol, Olanzapina, Tioridazina	Amiodarona, Cimetidina, Fluorquinolonas, Fluvoxamina, Furafilina; Matossalen, Mibefradil, Ticlopidina
CYP2C9	AINES ANTIDIABÉTICOS ORALES ARA II Miscelánea: Amitriptilina, Fenitoína, Fluoxetina, Fluvastina, Tamoxifeno, Torsemida, Warfarina	Amiodarona, Fenilbutazona, Fluconazol, Fluvastatina, Fluvoxamina, Isoniazida, Lovastatina, Paroxetina, Probenicid, Sertralina, Sulfafenazol, Sulfametoxazol, Trimetropin
CYP2C19	Antidepresivos: Amitriptilina, Citalopram, Clomipramina, Fluoxetina, Imipramina, Moclobemida Antiepilépticos Inhibidor de la Bomba de Protones Miscelánea: Carisoprodol, Ciclofosfamida, Hexobarbital, Indometacina, Propanolol, Warfarina	Cimetidina, Fluoxetina, Paroxetina, Fluvocamina, Indometacina, Ketoconazol, lansoprazol, Omeprazol, probenicid, Ticlopidina.
CYP2D6	Antiarrítmicos Antidepresivos: Amitriptilina, Clomipramina, Desipramina, Fluoxetina, Fluvoxamina, Imipramina, Mianserina, Minaprina, Nortriptilina, Paroxetina, Trazodona, Venlafaxina. Antipsicóticos: Haloperidol, Clorpromazina, Perfenazina, Olanzapina, Risperidona Beta – Bloqueantes Miscelánea: Codeína, Dextrometorfan, Guanoxán, Metoclopramida, Ondasetrón, Tramadol	Amiodarona, Bupropion, Celecoxib, Clorpromazina, Clorfenamina, Cimetidina, Clomipramina, Fluoxetina, Haloperidol, Metoclopramida, Metadona, Moclobemida, Paroxetina, Quinidina, Ranitidina, Sertralina
CYP3A4	Antiarrítmicos Antidepresivos: Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Mirtazapina, Nefazodona, Sertralina, Trazodona Antiretrovirales Antihistamínicos Antipsicóticos: Clozapina, Haloperidol, Pimozida, Risperidona, Quetiapina Benzodiazepinas: Alprazolam, Diazepam, Triazolam. Bloqueantes de los Canales de Calcio	Antiretrovirales Miscelánea: Amiodarona, Cimetidina, Ciprofloxacina, Diltiazem, Eritromicina, Fluconazol, Fluvoxamina, Itraconazol, Zumo de pomelo
Fuente: Gervasini Guillermo, Carrillo Juan Antonio y Benítez Julio: Importancia del citocromo P-450 en terapéutica farmacológica. Recuperado de: http://www.analesranf.com/index.php/mono/article/viewFile/526/544		

Versión Española de los Criterios STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) 2014

Sección A. Indicación de la medicación

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica
2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento esté bien definida
3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE, ISRS, diuréticos de asa, IECA, anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco)

Sección D. Sistema nervioso central y psicótropos

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en presencia de demencia, glaucoma de ángulo estrecho, trastornos en la conducción cardíaca, prostatismo o antecedentes de retención urinaria (riesgo de empeoramiento de estas enfermedades)
2. Introducción de ATC como tratamiento antidepresivo de primera línea (mayor riesgo de efectos secundarios con ATC que con ISRS o ISRN)
4. ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) (riesgo de precipitar o exacerbar una hiponatremia)
5. Benzodiazepinas durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia)
6. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales graves)

Versión Española de los Criterios START (Screening Tool to Action the Right Treatment) 2014

«Salvo que el paciente esté en situación terminal y por tanto necesite un enfoque farmacoterapéutico paliativo, deberían considerarse los siguientes tratamientos cuando se hayan omitido sin una razón clínica clara. Se asume que el prescriptor observará todas las contraindicaciones específicas de estos fármacos antes de recomendarlos en pacientes mayores.»

Sección C. Sistema nervioso central y ojos

2. Antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes
3. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina) para la enfermedad de Alzheimer leve-moderada o la demencia por cuerpos de Lewy (rivastigmina)
5. ISRS (ISRN o pregabalina si los ISRS está contraindicados) para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional

Fuente: Delgado Silveira E., Montero Errasquín B., Muñoz García M., Vélez-Díaz-Pallarés M., Lozano Montoya I., Sánchez-Castellano C., Cruz-Jentoft A.J.: Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. doi: 10.1016/j.regg.2014.10.005. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-mejorando-prescripcion-medicamentos-las-personas-S0211139X14002236>

RECOMENDACIONES LISTADO PRIUS 2010			
ANTIDEPRESIVOS			
	Efectos problemáticos y Situaciones especiales	Alternativas	Precauciones
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS			
Amitriptilina Doxepina Imipramida Clomipramida Trimipramida	Efectos adversos anticolinérgicos periféricos (hipotensión ortostática, arritmias cardíacas, constipación, boca seca) Efectos adversos anticolinérgicos centrales (Somnolencia, Intranquilidad, Confusión, Delirios) Déficit cognitivo Incremento del riesgo de caídas	Inhibidores de la Recaptación Selectiva de la Serotonina distintos de la fluoxetina (sertralina, citalopram) Mirtazapina Psicoterapia	Monitoreo clínico de efectos adversos anticolinérgicos, tendencias suicidas, asesoría de riesgo de falla Monitoreo de EKG Monitoreo de dosis terapéutica, riesgo de intoxicación Dosis recomendada de inicio debe ser la mitad de la dosis diaria usual, incremento lento
IRSS (INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA)			
Fluoxetina	Efectos adversos nerviosos centrales (náusea, Insomnio, mareo, confusión) Hiponatremia	Otro IRSS (sertralina, citalopram) Trazodona Mirtazapina Psicoterapia	Monitoreo clínico de la función del sistema nervioso central Monitoreo de la función renal y electrolitos
INHIBIDORES DE LA MAO			
Tranilcipromina	Inhibición irreversible de la MAO: crisis hipertensivas, hemorragia cerebral Hipertemia maligna	IRSS distintos de la fluoxetina (sertralina, citalopram) Psicoterapia	Monitoreo de la función cardiovascular Monitoreo clínico de reacciones adversas
Fuente: Holt Stefanie, Schmiedl Sven, Thürmann Petra A: Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(31-32): 543-51. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543. Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933536/			

ANEXO N.-4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor/a usuario/a del servicio de Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, de la manera más comedida le invitamos a Usted a participar en el estudio: “Características socio- demográficas y clínico geriátricas asociados con depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y el 2015.”

Los factores asociados a la depresión deben ser conocidos por los clínicos, porque puede que exista la posibilidad de intervenir sobre ellos para mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante, de modo que la capacidad de intervenir a tiempo constituye un tema relevante. De ahí la importancia de su diagnóstico temprano, sabiendo que muchas veces la sintomatología en esta enfermedad es muy variada.

La Universidad de Católica del Ecuador y la Facultad de Medicina, son los auspiciantes de este estudio. La información obtenida será confidencial. Su participación es voluntaria; en caso de negarse a participar, con seguridad, no se afectarán las relaciones personales con la institución.

En caso de aceptar a participar en el estudio se realizará una entrevista para obtener datos sobre su desenvolvimiento a nivel personal y social. Y se tomarán datos clínicos de su historia clínica.

Los procedimientos antes mencionados no ponen en riesgo su salud.

Después de haber leído detenidamente el documento en forma voluntaria autorizo a que se me tomen los datos necesarios, aceptando mi participación en este estudio.

Y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mi persona. Aceptando además que los resultados obtenidos sean publicados manteniendo mis datos de filiación de manera anónima.

Fecha:

Nombre:

Firma:

ANEXO N.-5 INSTRUMENTO 1 DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código de Investigación: _____ N. de Historia Clínica: _____

FECHA DE RECOLECCION: _____

1. Edad: _____ (años cumplidos) 2. Fecha de Nacimiento _____

3. Sexo: Hombre Mujer

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0 - 4 : Normal

5 ó +: Depresión

Resultado Obtenido: _____

Fuente: <http://www.hipocampo.org/yesavage.asp>

ANEXO N.- 6 INSTRUMENTO 2 DE RECOLECCIÓN DE DATOS

(Recolección Ampliada de Datos)

Código de Investigación: _____ N. de Historia Clínica: _____

FECHA DE RECOLECCION: _____

INFORMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____(años cumplidos) 2. Fecha de Nacimiento _____
4. Sexo: Hombre Mujer
5. Lugar de nacimiento: _____
6. Lugar de Residencia _____
7. Estado Civil: Soltero/a. Casado/a. Viudo/a. Divorciado/a. Unión libre
8. Nivel de instrucción: Ninguna Primaria (comp incomp)
Secundaria (comp incomp) Superior (comp incomp) Maestría o 4to Nivel
9. Ocupación Actual: _____
10. Es Jubilado? Si No
11. Religión que profesa: _____ es practicante activo: Sí No
12. Etnia: Blanco Mestizo Afro-ecuatoriano Indígena Otro→ _____
13. Tipo de residencia: Propia Alquilada Prestada
14. ¿Con quién vive? Solo/a Pareja Amigo/a Otro Familiar → _____
15. ¿Tiene un familiar de contacto? Si No
15.1. ¿Quién es? Pareja Hijo/a Nieto/a Pariente Otro→ _____
16. Presenta el adulto mayor un factor incapacitante (Discapacidad) que se suma a su condición de adulto mayor? Si No
17. Con qué frecuencia recibe visita de familiares
17.1. Días a la semana: 17.2 Días al mes:
18. Tiene familiares que vivan cerca de usted? Si No

19. ESTRATO SOCIO ECONÓMICO:

19.1. Recibe algún tipo de remuneración en actividades que realiza? O una pensión mensual? Si No Cuánto es el monto?_____

19.2. Recibe el Bono de Desarrollo Humano? _____

19.3. Con cuáles de las manifestaciones que otras personas han hecho de sus ingresos económicos usted se identifica?

19.2.1. Alcanza y puede ahorrar **19.2.2.** Alcanza sin grandes dificultades

19.2.3. Alcanza justo **19.2.4.** No alcanza, tiene dificultades

19.2.5. No alcanza, sufre
escasez

19.4. Cuestionario para estratificación socio económica INEC

Características de la vivienda	Puntajes	Puntajes finales
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	59	
Cuarto(s) en casa de inquilinato	59	
Departamento en casa o edificio	59	
Casa/Villa	59	
Mediagua	40	
Rancho	4	
Choza/ Covacha/Otro	0	
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	59	
Ladrillo o bloque	55	

Adobe/ Tapia	47	
Caña revestida o bahareque/ Madera	17	
Caña no revestida/ Otros materiales	0	
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	48	
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46	
Ladrillo o cemento	34	
Tabla sin tratar	32	
Tierra/ Caña/ Otros materiales	0	
3. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	0	
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	12	
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	24	
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	32	
4. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	0	
Letrina	15	

Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18	
Conectado a pozo ciego	18	
Conectado a pozo séptico	22	
Conectado a red pública de alcantarillado	38	
Acceso a tecnología		
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	0	
Sí	45	
¿Tiene computadora de escritorio?		
No	0	
Sí	35	
¿Tiene computadora portátil?		
No	0	
Sí	39	
¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	0	
Tiene 1 celular	8	

Tiene 2 celulares	22	
Tiene 3 celulares	32	
Tiene 4 ó más celulares	42	
Posesión de bienes		
1¿Tiene este hogar servicio de telefonía convencional?		
Si	19	
No	0	
2¿Tiene cocina con horno?		
No	0	
Si	29	
3¿Tiene refrigeradora?		
No	0	
Si	30	
4¿Tiene lavadora?		
No	0	
Si	18	
5¿Tiene equipo de sonido?		
No	0	
Si	18	

6¿Cuántos Tv a color tiene en este hogar?		
No tiene Tv a color en este hogar	0	
Tiene 1 tv a color en este hogar	9	
Tiene 2 Tv a color en este hogar	23	
Tiene 3 o más Tv a color en este hogar	34	
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo en este hogar	0	
Tiene 1 vehículo exclusivo	6	
Tiene 2 vehículos exclusivos	11	
Tiene 3 o más vehículos exclusivos	15	
Hábitos de Consumo		
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	0	
Si	6	
2 ¿En el hogar ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	0	
Si	26	

3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	0	
Si	27	
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	0	
Si	28	
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo alguien del hogar ha leído un libro completo en los últimos 3 meses?		
No	0	
Si	12	
Nivel de educación		
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?		
Sin estudios	0	
Primaria incompleta	21	
Primaria completa	39	
Secundaria incompleta	41	
Secundaria completa	65	
Hasta 3 años de educación superior	91	
4 o más años de educación superior (sin post grado)	127	

Post Grado	171	
Actividad económica del hogar		
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISPOL?		
No	0	
Si	39	
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro privado con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro municipal, seguros municipales y Consejos provinciales y/o seguro de vida?		
No	0	
Si	55	
3 ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?		
Personal directo de la Administración pública y de empresas	76	
Profesionales científicos e intelectuales	69	
Técnicos y profesionales de nivel medio	46	
Empleados de oficina	31	
Trabajador de los servicios y comerciantes	18	
Trabajador calificado agropecuarios y pesqueros	17	

Oficiales operarios y artesanos	17	
Operadores de instalaciones y máquinas	17	
Trabajadores no calificados	0	
Fuerzas armadas	54	
Desocupados	14	
Inactivos	17	

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

Resultado Obtenido: _____

[http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=1187&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=80)
[&func=startdown&id=1187&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=80](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=1187&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=80)

0

FACTORES CLÍNICOS GERIÁTRICOS

28. Autopercepción del estado de salud

28.1. Mala

28.2. Muy mala

28.3. Regular

28.4. Buena

28.5. Muy buena

29. ¿Alguna vez le han diagnosticado de depresión? Sí No

29.1. Hace que tiempo?

29.2. Qué tratamiento se realizó? Psico terapia Farmaco terapia Ambos
Ninguno

30. Sintomatología Depresiva

Test de Hammilton

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

<p style="text-align: center;">Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3 4</p>
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3</p>
<p style="text-align: center;">Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que esta deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3</p>

31. Índice de Comorbilidad de Charlson

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglucemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:
<http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-evaluadores-pronosticos/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci.html>

Ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos

Resultado Obtenido: _____

32. Deterioro Cognitivo

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA

- 1) ¿Qué día de la semana es hoy? _____
- 2) ¿Cómo se llama este sitio? _____
- 3) ¿En qué mes estamos? _____
- 4) ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)

- 5) ¿Cuántos años tiene usted? _____
- 6) ¿Cuándo nació usted? _____
- 7) ¿Quién es el actual presidente (del País)? _____
- 8) ¿Quién fue el presidente antes que él? _____
- 9) Dígame el primer apellido de su madre _____
- 10) Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente. N.- de errores:

11) ¿Qué día es hoy? (Mes, día, año) _____

TOTAL DE ERRORES

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

DETERIORO COGNOSCITIVO SI NO ¿QUÉ GRADO? _____

Fuente:<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXOG+IX+ESCALA+DE+VALORACION+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

19. Valoración Nutricional - EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO NUTRICIONAL

(Mini nutricional Assessment MNA) TAMIZAJE

A.- ¿Ha disminuido su ingesta de comida en los últimos tres meses debido pérdida del apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o para tragar?

Severa 0 pérdida del apetito

Moderada 1 pérdida del apetito

Ausencia 2 de pérdida del apetito

B.- ¿Ha perdido peso en los últimos tres meses?

Mayor de 0 3kg o 6.6 lbs

No 1 conoce

Pérdida 2 entre 1 y 3kg

No existen 3 pérdidas de peso

C.- Movilidad

En la 0 cama o en silla de ruedas

Puede 1 salir de la cama o la silla, pero no afuera

Puede ir 2 afuera

D.- ¿Ha sufrido problemas psicológicos o enfermedad aguda en los últimos tres meses? Si 0 No 2

E.- Presencia de problemas neuropsicológicos

Demencia 0 o depresión severas

Demencia 1 moderada

Ausencia 2 de problemas psicológicos

F.- Índice de Masa corporal Peso kg_____ Talla mt_____ IMC ____

IMC 0 menos de 19

IMC 1 entre 19 – menor a 21

IMC 2 entre 21 – menor a 23

IMC 23 o 3 mayor

NOTA:

Puntaje total_____

Riesgo de desnutrición ausente 12 o más

Riesgo de desnutrición presente 11 o menos

Fuente: Guías Geronto-Geriátricas Ecuador:

<http://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>

FACTORES PSICOSOCIALES

20. Funcionalidad Familiar: APGAR FAMILIAR

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			
Total			

Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos

Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos

Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos

Fuente: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf

21. ESCALA DE VALORACION SOCIAL GUIJON

Escala de valoración socio-familiar de Gijón (Versión abreviada y modificada)
(versión de Barcelona)

Situación familiar

1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto.
2. Vive con pareja de similar edad.
3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.

Relaciones y contactos sociales

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
2. Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).

Apoyos red social

1. No necesita ningún apoyo.
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).

4. Tiene soporte social pero es insuficiente.

5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.

Puntuación:

< 7 puntos: situación social buena (bajo riesgo institucionalización).

8-9 puntos: situación intermedia.

> 10 puntos: deterioro social severo (alto riesgo institucionalización).

De 5 a 9: aceptable situación social

De 10 a 14: Existe riesgo social

Más de 15: Problema social

Resultado Obtenido: _____

22. Se encuentra en duelo por el fallecimiento de familiares o amigos relacionados con su estado de ánimo? Si No Por qué tiempo?_____

23. Determinación del anciano en Riesgo: Test de Barber

Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Ítems	Respuesta	Valor de la respuesta
¿Vive sólo/a?	SI	1
	NO	0
¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?	SI	1
	NO	0
¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?	SI	1
	NO	0
¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?	SI	1
	NO	0
¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?	SI	1
	NO	0
¿Tiene mala salud?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de visión?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de oído?	SI	1
	NO	0
¿Ha estado hospitalizado este último año?	SI	1
	NO	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Resultado de la puntuación	Resultado del test
0	No sugiere riesgo de dependencia
1 ó más	Sugiere riesgo de dependencia

Fuente: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_barber_medio_urbano.pdf

24. Participa en algún club para la 3ra edad? Si No

24.3. Dónde?..... Cómo se llama?

24.4. Público o Privado

24.5. Cuántas veces a la semana acude?

24.6. Por que tiempo?.....

24.7. Si su respuesta fue NO. Le interesaría participar en un Club? Si No

ANEXO N.- 7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ADICIONAL CEDIDO POR EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE Y APELLIDO DEL ADULTO MAYOR		NOMBRE Y APELLIDO DEL CUIDADOR		EDAD	SEXO	N° HISTORIA CLÍNICA																																																																																																																										
H.A.I.A.M.																																																																																																																																		
<p>11 ESCALAS GERIÁTRICAS (PRIMER SEMESTRE)</p> <p>CÍRCULO-1 CUADRADO = 8</p>																																																																																																																																		
<p>TAMIZAJE RÁPIDO</p> <p>CÍRCULO-1 CUADRADO = 8</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIFÍCIL VER VISUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIFÍCIL OÍDIO AUDITIVA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRUEBA DE "LEVANTATE Y ANDA" MAYOR A 15 SEG.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PERDIDA DE PESO MAYOR DE 4.5 KG EN 6 MESES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PERDIDA DE MEMORIA RECIENTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE SIENTE TRISTE O DEPRIMIDO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PUEDE BAJARSE SOLO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SALE DE COMPRAS SOLO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIVE SOLO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>											SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	DIFÍCIL VER VISUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIFÍCIL OÍDIO AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRUEBA DE "LEVANTATE Y ANDA" MAYOR A 15 SEG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE PESO MAYOR DE 4.5 KG EN 6 MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE MEMORIA RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SIENTE TRISTE O DEPRIMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PUEDE BAJARSE SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SALE DE COMPRAS SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIVE SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																								
DIFÍCIL VER VISUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
DIFÍCIL OÍDIO AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
PRUEBA DE "LEVANTATE Y ANDA" MAYOR A 15 SEG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
PERDIDA DE PESO MAYOR DE 4.5 KG EN 6 MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
PERDIDA DE MEMORIA RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
SE SIENTE TRISTE O DEPRIMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
PUEDE BAJARSE SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
SALE DE COMPRAS SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
VIVE SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
<p>ACTIVIDAD INSTRUMENTAL</p> <p>CÍRCULO-1 CUADRADO = 8</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>IN</th> <th>DP</th> <th>DT</th> <th>IN</th> <th>DP</th> <th>DT</th> <th>IN</th> <th>DP</th> <th>DT</th> <th>IN</th> <th>DP</th> <th>DT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>USAR TELÉFONO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>USAR MEDIOS DE TRANSPORTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VALE DE COMPRAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PREPARAR LA COMIDA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CONTROLA SUS MEDICAMENTOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MANEJA DINERO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>											IN	DP	DT	IN	DP	DT	IN	DP	DT	IN	DP	DT	USAR TELÉFONO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USAR MEDIOS DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VALE DE COMPRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREPARAR LA COMIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROLA SUS MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANEJA DINERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	IN	DP	DT	IN	DP	DT	IN	DP	DT	IN	DP	DT																																																																																																																						
USAR TELÉFONO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
USAR MEDIOS DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
VALE DE COMPRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
PREPARAR LA COMIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
CONTROLA SUS MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
MANEJA DINERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
<p>COGNITIVO</p> <p>CÍRCULO-1 CUADRADO = 8</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PUNTOS</th> <th>PUNTOS</th> <th>PUNTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SALE LA FECHA, DÍA, MES, AÑO, SEMANA (0-4 PUNTOS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>APRENDE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS (0-3 PUNTOS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SE LE ENSEÑA A REVER 1, 2, 3, 7, 9 (0-5 PUNTOS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOMA DOBLAJE COLOCAR PÁPEL (0-3 PUNTOS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>REPITE SERIE DE 3 PALABRAS (0-3 PUNTOS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COMPLETAR BILLO DE 2 CÍRCULOS CRUZADOS (0-1 PUNTOS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											PUNTOS	PUNTOS	PUNTOS	SALE LA FECHA, DÍA, MES, AÑO, SEMANA (0-4 PUNTOS)				APRENDE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS (0-3 PUNTOS)				SE LE ENSEÑA A REVER 1, 2, 3, 7, 9 (0-5 PUNTOS)				TOMA DOBLAJE COLOCAR PÁPEL (0-3 PUNTOS)				REPITE SERIE DE 3 PALABRAS (0-3 PUNTOS)				COMPLETAR BILLO DE 2 CÍRCULOS CRUZADOS (0-1 PUNTOS)																																																																																																
	PUNTOS	PUNTOS	PUNTOS																																																																																																																															
SALE LA FECHA, DÍA, MES, AÑO, SEMANA (0-4 PUNTOS)																																																																																																																																		
APRENDE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS (0-3 PUNTOS)																																																																																																																																		
SE LE ENSEÑA A REVER 1, 2, 3, 7, 9 (0-5 PUNTOS)																																																																																																																																		
TOMA DOBLAJE COLOCAR PÁPEL (0-3 PUNTOS)																																																																																																																																		
REPITE SERIE DE 3 PALABRAS (0-3 PUNTOS)																																																																																																																																		
COMPLETAR BILLO DE 2 CÍRCULOS CRUZADOS (0-1 PUNTOS)																																																																																																																																		
<p>ACTIVIDADES BÁSICAS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>IN</th> <th>DP</th> <th>DT</th> <th>IN</th> <th>DP</th> <th>DT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SE BAJA SOLO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE VISTE Y DESVISTE SOLO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TOMA SU APARENCIA PERSONAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>UTILIZA EL INODORO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CONTROLA EFECTUANTES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE TRASLADA, SE AJUSTA, SE LEVANTA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CAMINA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE ALIMENTA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>											IN	DP	DT	IN	DP	DT	SE BAJA SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE VISTE Y DESVISTE SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOMA SU APARENCIA PERSONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UTILIZA EL INODORO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROLA EFECTUANTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE TRASLADA, SE AJUSTA, SE LEVANTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAMINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE ALIMENTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
	IN	DP	DT	IN	DP	DT																																																																																																																												
SE BAJA SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SE VISTE Y DESVISTE SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
TOMA SU APARENCIA PERSONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
UTILIZA EL INODORO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
CONTROLA EFECTUANTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SE TRASLADA, SE AJUSTA, SE LEVANTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
CAMINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SE ALIMENTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
<p>RECURSO SOCIAL</p> <p>CÍRCULO-1 CUADRADO = 8</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PUNTOS</th> <th>PUNTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SITUACIÓN FAMILIAR, VIVE CON: (5 OPCIONES)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES (5 OPCIONES)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RECURSO COMUNITARIO SOCIAL (5 OPCIONES)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											PUNTOS	PUNTOS	SITUACIÓN FAMILIAR, VIVE CON: (5 OPCIONES)			RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES (5 OPCIONES)			RECURSO COMUNITARIO SOCIAL (5 OPCIONES)																																																																																																															
	PUNTOS	PUNTOS																																																																																																																																
SITUACIÓN FAMILIAR, VIVE CON: (5 OPCIONES)																																																																																																																																		
RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES (5 OPCIONES)																																																																																																																																		
RECURSO COMUNITARIO SOCIAL (5 OPCIONES)																																																																																																																																		
<p>DEPRESIÓN</p> <p>CÍRCULO-1 CUADRADO = 8</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESTA SATISFECHO CON SU VIDA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HA DEJADO DE HACER ACTIVIDADES DE INTERÉS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SIENTE SU VIDA VACÍA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE AJUSTA CON FRECUENCIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ESTA DE BUEN ANIMO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ESTA PREOCUPADO PORQUE ALGO MALO VA A PASAR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE SIENTE A MENUDO DESANIMADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PREFIERE ESTAR EN CASA SALIR A FUERA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIENE LAS OJERAS DE MEMORIA QUE LOS FINJAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PIENSA QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE SIENTE INÚTIL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SE SIENTE LLENO DE ENERGÍA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SITUACIÓN ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SIENTE QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE ESTA MEJOR QUE USTED</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>											SI	NO	SI	NO	SI	NO	ESTA SATISFECHO CON SU VIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HA DEJADO DE HACER ACTIVIDADES DE INTERÉS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIENTE SU VIDA VACÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE AJUSTA CON FRECUENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTA DE BUEN ANIMO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTA PREOCUPADO PORQUE ALGO MALO VA A PASAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SIENTE A MENUDO DESANIMADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREFIERE ESTAR EN CASA SALIR A FUERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENE LAS OJERAS DE MEMORIA QUE LOS FINJAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIENSA QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SIENTE INÚTIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SIENTE LLENO DE ENERGÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SITUACIÓN ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIENTE QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE ESTA MEJOR QUE USTED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																												
ESTA SATISFECHO CON SU VIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
HA DEJADO DE HACER ACTIVIDADES DE INTERÉS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SIENTE SU VIDA VACÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SE AJUSTA CON FRECUENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
ESTA DE BUEN ANIMO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
ESTA PREOCUPADO PORQUE ALGO MALO VA A PASAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SE SIENTE A MENUDO DESANIMADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
PREFIERE ESTAR EN CASA SALIR A FUERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
TIENE LAS OJERAS DE MEMORIA QUE LOS FINJAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
PIENSA QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SE SIENTE INÚTIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SE SIENTE LLENO DE ENERGÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SITUACIÓN ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
SIENTE QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE ESTA MEJOR QUE USTED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
<p>NUTRICIONAL</p> <p>CÍRCULO-1 CUADRADO = 8</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>AUS</th> <th>MOD</th> <th>SEV</th> <th>AUS</th> <th>MOD</th> <th>SEV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SUBSTRACIÓN DE INGESTA EN ÚLTIMO TRIMESTRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INMOVILIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PROBLEMA NEURO PSICOLÓGICO (DEMENCIA O DEPRESIÓN)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ENFERMEDAD AGUDA EN ÚLTIMO TRIMESTRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PERDIDA DE PESO EN ÚLTIMO TRIMESTRE</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>INDICE DE MASA CORPORAL</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>											AUS	MOD	SEV	AUS	MOD	SEV	SUBSTRACIÓN DE INGESTA EN ÚLTIMO TRIMESTRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INMOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMA NEURO PSICOLÓGICO (DEMENCIA O DEPRESIÓN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD AGUDA EN ÚLTIMO TRIMESTRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE PESO EN ÚLTIMO TRIMESTRE	0	1	2	3	0	1	INDICE DE MASA CORPORAL	0	1	2	3	0	1																																																																								
	AUS	MOD	SEV	AUS	MOD	SEV																																																																																																																												
SUBSTRACIÓN DE INGESTA EN ÚLTIMO TRIMESTRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
INMOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
PROBLEMA NEURO PSICOLÓGICO (DEMENCIA O DEPRESIÓN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
ENFERMEDAD AGUDA EN ÚLTIMO TRIMESTRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																												
PERDIDA DE PESO EN ÚLTIMO TRIMESTRE	0	1	2	3	0	1																																																																																																																												
INDICE DE MASA CORPORAL	0	1	2	3	0	1																																																																																																																												
<p>ESCALAS GERIÁTRICAS (1)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PUNTAJE</th> <th>FECHA</th> <th>RESPONSABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INSTRUMENTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COGNITIVO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACTIVIDADES BÁSICAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RECURSO SOCIAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEPRESIÓN</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NUTRICIONAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											PUNTAJE	FECHA	RESPONSABLE	INSTRUMENTAL				COGNITIVO				ACTIVIDADES BÁSICAS				RECURSO SOCIAL				DEPRESIÓN				NUTRICIONAL																																																																																																
	PUNTAJE	FECHA	RESPONSABLE																																																																																																																															
INSTRUMENTAL																																																																																																																																		
COGNITIVO																																																																																																																																		
ACTIVIDADES BÁSICAS																																																																																																																																		
RECURSO SOCIAL																																																																																																																																		
DEPRESIÓN																																																																																																																																		
NUTRICIONAL																																																																																																																																		
<p>SIGLAS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DP- INDEPENDIENTE</th> <th>DP- INDEPENDIENTE PARCIAL</th> <th>DT- DEPENDIENTE TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AUS- AUSENTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MOD- MODERADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEV- SEVERO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											DP- INDEPENDIENTE	DP- INDEPENDIENTE PARCIAL	DT- DEPENDIENTE TOTAL	AUS- AUSENTE				MOD- MODERADO				SEV- SEVERO																																																																																																												
	DP- INDEPENDIENTE	DP- INDEPENDIENTE PARCIAL	DT- DEPENDIENTE TOTAL																																																																																																																															
AUS- AUSENTE																																																																																																																																		
MOD- MODERADO																																																																																																																																		
SEV- SEVERO																																																																																																																																		
<p>SNS-MSP / HCU-6061.0572009</p>																																																																																																																																		

LISTAS DE ESCALAS, VARIABLES Y PUNTAJES

COGNITIVO						
¿SABE LA FECHA: DIA, MES, AÑO, SEMANA	APRENDE EL NOMBRE DE 3 OBJETOS	REPITE NÚMEROS AL REVÉS: 1, 2, 3, 4, 5	TOMA, DOBLA Y COLOCA PAPEL	REPITE SERIE DE 3 PALABRAS	COPIA DIBUJO DE 2 CÍRCULOS CRUZADOS	
4 AÑO, MES, DIA Y SEMANA	3 3 OBJETOS	5 5 NÚMEROS	3 TOMA, DOBLA Y COLOCA	3 3 PALABRAS	1 SI PUEDE	
3 AÑO, MES Y DIA	2 2 OBJETOS	4 4 NÚMEROS	2 TOMA Y DOBLA	2 2 PALABRAS	0 NO PUEDE	
2 AÑO Y MES	1 1 OBJETO	3 3 NÚMEROS	1 TOMA	1 1 PALABRA		
1 AÑO	0 NO PUEDE	2 2 NÚMEROS	0 NO PUEDE	0 NO PUEDE		
0 NO PUEDE		1 1 NÚMEROS	DETENCIÓN COGNITIVO: 14 - 19 = AUSENTE // MENOS DE 14 = PRESENTE			
		0 NO PUEDE				

NUTRICIONAL				
DISMINUCIÓN INGESTA EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES	PERDIDA DE PESO EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	MOVILIDAD	PROR. PSICOLÓGICO O ENF. AGUDA EN ÚLTIMO TRIM.
0 SEVERA	INSUF. PIERDE > 3 Kg o PESO < 45.5 Kg	0 < 19	0 CAMA O SILLA	0 SI
1 MODERADA	1 NO SABE	1 19 a 20	1 SE LEVANTA NO SALE	2 NO
2 AUSENTE	2 DE 1 A 3 Kg	2 21 a 22	2 VA AFUERA	1 MODERADA
	3 NO PIERDE	3 23 o MAS		2 AUSENTE

RIESGO DE DESNUTRICIÓN: 12 o MAS = AUSENTE // MENOS DE 12 = PRESENTE

DEPRESIÓN EN LA ÚLTIMA SEMANA : 0 - 5 = NORMAL // 6 - 10 = MODERADA // 11 - 15 = SEVERA

RECURSO SOCIAL				GRUPO DE EDAD		VIVE CON	
INSTRUMENTAL	SITUACIÓN FAMILIAR	RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	APoyo DE LA RED SOCIAL	1 65 - 74	1 FAMILIAR		
0 DEPENDIENTE	1 FAMILIA O PAREJA SIN CONFLICTOS	1 CON TODOS SALE	1 NO NECESITA	2 75 - 84	2 NO FAMILIAR		
1 AYUDA	2 PAREJA DE EDAD SIMILAR	2 CON FAMILIA Y VECINOS SALE	2 DE FAMILIA O VECINOS	3 85 - 94	3 SOLO		
2 INDEPENDIENTE	3 FAMILIA O PAREJA CON CONFLICTOS	3 CON FAMILIA SALE	3 FORMAL SUFICIENTE	4 95 O MAS	4 INSTITUCION		
	4 SOLO FAMILIA NO CUBRE NECESIDADES	4 CON FAMILIA O VISITAS NO SALE	4 FORMAL INSUFICIENTE				
	5 SOLO DEBATECIDO, SIN FAMILIA	5 CON MADRE NO SALE	5 INFORMAL				
			6 NO RECIBE Y NECESITA				

RIESGO SOCIAL : 5 o MENOS = BAJO // 6 - 9 = ACEPTABLE // 10 - 15 = ALTO

ANEXO N.- 8 DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES TEST UTILIZADOS

Test de Yesavage (sensibilidad del 84% y especificidad del 95%)

La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), es un test autoaplicable de 30 preguntas, de respuestas dicotómicas (Si – No). Fue diseñada para valorar depresión en adultos mayores con y sin alteración cognoscitiva; ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 84% con punto de corte de 11; y cuando el punto de corte se eleva a ≥ 14 , la sensibilidad disminuye a 80% pero la especificidad se eleva a 100% en 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas con punto de corte de ≥ 6 , tiene una sensibilidad de 72% y especificidad del 85%, se correlaciona positivamente con otras escalas similares, pero con la ventaja de requerir menos tiempo de aplicación, lo que facilita su administración. La confiabilidad test retest oscila entre 0.85 y 0.98 en un intervalo de una semana y 12 días respectivamente. (Aguilar-Navarro y Ávila-Funes 2007, Bobes et al 2004, Martínez J, Onís MC, et al. Citado por Becerra Pino. 2002)

Up and go timed (Ir y venir cronometrado)

Es una prueba sencilla, mide el tiempo en una persona tarda en levantarse de una silla sin usar los brazos y caminar una distancia en línea recta de 3 metros, girar y regresar a sentarse en la silla, presenta una buena correlación con la movilidad funcional y el equilibrio. Fue desarrollado inicialmente como una medida clínica de equilibrio para adultos mayores, puntuándose de 1 al 5, la cual se basa en la percepción de un observador del riesgo de caída durante la prueba. (Steffen et al 2002, Cerda 2014). La mayoría de personas que realiza en test se tarda 10 segundos, los más frágiles entre 11 y 20 seg, y aquellos que tardan más de 20 seg requieren una valoración exhaustiva (Duran 2011). Se ha encontrado una alta confiabilidad intra e interevaluador (coeficiente de correlación de

0,92 – 0,98), en la comunidad sin embargo existe una confiabilidad moderada (coeficiente de correlación 0,56) (Steffen et al 2002)

En otros estudios se coloca el punto de cohorte de 15 segundos como el que mejor discriminaba de forma óptima a quienes tienen un bajo de un alto riesgo de caídas, con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 39% (López et al 2014) valor que tomamos de base en nuestro estudio.

Cuestionario Pffeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)

Autor: E Pfeiffer , consta de 10 ítems para valorar la presencia de deterioro cognitivo, con cuestiones generales y personales que detectan además el grado que una persona tiene, valorando los siguientes apartados: Memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad de cálculo

Los resultados se miden anotando el número de errores de una persona al responder el test.

De 0-2 errores normal

5-7 errores deterioro moderado

3-4 errores deterioro leve

8-10 errores deterioro severo o grave

Se permite un error adicional si el paciente no ha recibido educación primaria y de menos uno si tiene estudios superiores

Fuente: Martínez de la Iglesia Jorge, Dueñas Herrero Rosa, Onís Vilches M Carmen, Aguado Taberné Cristina, Albert Colomer Carmen, Luque Luque Rogelio: Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. 2001. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13016734&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=43&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v117n04a13016734pdf001.pdf

Índice de Barthel

Ayuda a valorar el grado de dependencia de una persona, y la necesidad de institucionalizarle, valora Actividades de la vida diaria, consta de 10 ítems, como son comer, lavarse, trasladarse, deambular y escalones, y uso del retrete, que clasifica según su grado de funcionalidad, 0 dependiente y el 10 independiente

<20 totalmente dependiente

>60 dependiente leve

20-35 dependiente grave

100 totalmente independiente

36- 55 dependiente moderado

No se encuentran entradas de índice.

Fuente: Barrero Solís Claudia Lorena, García Arriola Servando, Ojeda Manzano Alejandro: Índice de Barthel: Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Vol. 4 Núms. 1-2 Enero-Junio, Julio-Diciembre 2005 Plasticidad y Restauración Neurológica. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf

Hamilton para la depresión

Es una escala de 6, 17, 21 y 24 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo, en esta además se evalúan síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Divididos de la siguiente manera: Melancolía ítems (1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (9-11), sueño (ítems 4,6) y vitalidad (ítems 1, 7, 8 y 14). La puntuación global se obtiene sumando todas las puntuaciones

0-7 no depresión

30 – 52 más que depresión mayor

8-12 depresión menos

Y de otra interpretación

13-17 menos que depresión mayor

0 – 7 no depresión

18-29 depresión mayores

8-14 distimia

≥ 15 depresión moderada a grave

Purriños M.J.: ESCALA DE HAMILTON. 2005. Recuperado de:
<http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala>

Índice de comorbilidad de Charlson

En inglés, Charlson Comorbidity Index, es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto. Además de la edad, consta de 19 ítems, que si están presentes, se ha comprobado que influyen de una forma concreta en la esperanza de vida del sujeto. Inicialmente adaptado para evaluar la supervivencia al año, se adaptó finalmente en su forma definitiva para supervivencia a los 10 años. Se ha utilizado para otros muchos propósitos, entre ellos al cálculo de costos a causa del padecimiento de alguna enfermedad crónica en enfermos de Atención Primaria.

Fuente: Rosas-Carrasco Oscar, González-Flores Eduardo, Brito-Carrera Ana M., Vázquez-Valdez Odín E., Peschard-Sáenz Emma, Gutiérrez-Robledo Luis Miguel, García-Mayo Emilio José: Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 153-162. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112j.pdf>